POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANNA, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE.

Lipiec. → ROCZNIK DZIEWIĄTY. ← 1907.

I. PRACE ORYGINALNE.

O gruźlicy przedniej części gałki ocznej.

Podał

Dr K. RUMSZEWICZ

w Kijowie.

Gruźlica oka i części otaczających je bynajmniej do zbyt rzadkich cierpień nie należy, niema też żadnej części składowej w oku, którą moglibyśmy uważać za zupełnie niepodległą gruźlicy. Jedne z nich ulegają cierpieniu rzadziej, inne częściej. Do ostatnich należą spojówka, a jeszcze bardziej trakt jagodówkowy. W tylnej części traktu tego sprawę spostrzeżono już bardzo dawno, gdyż jest ona bardzo zwyczajnym objawem gruźlicy prosowatej. Uczestniczyć w niej również może przednia część traktu, lecz o przypadkach tych, które stanowią tylko jeden z bardzo licznych objawów cierpienia ogólnego w pracy niniejszej mówić nie będziemy, ponieważ mamy na celu podać opis gruźlicy przedniej części oka, jako sprawy miejscowej.

Jak częstem jest to cierpienie — orzec trudno, chociażby już z tego powodu, że ściśle ustalonych poglądów na sprawę właściwie dotąd jeszcze nie mamy. Najwięcej przypadków spostrzegano dotąd w klinice w Wyrcburgu. Czy z tej przyczyny, że, jak utrzymuje Bach (Arch. f. Augenh. XVIII, I, str. 36) w dolnej Frankonii gruźlica szczególniej jest rozpowszechnioną, czy też z powodu, iż rozpoznawano tam postacie te chętniej, niż gdzieindziej, większą przywiązując wagę do miejscowych objawów klinicznych i mniej licząc się ze stanem ogólnym. Michel np. jest zdania, iż 50% wszystkich przypadków zapalenia tęczówki są natury gruźliczej. Natomiast Horner (Gerhardt Handb. d. Kinderkrankheiten 1882) spostrzegał gruźlicę tęczówki raz jeden tylko u 4000 chorych, Velhagen (Klin. Monmtrbl. f. Augenh. 1894) zaś u 8000 chorych nie widział jej ani razu.

A jednak objawy zapaleniu gruźliczemu przedniej części gałki właściwe znane są od bardzo dawna. Już w XVIII stuleciu spostrzegano przypadki guzów, które z tęczówki powstawały, lecz dopiero Lincke w swej pracy (*Tractatus de fundo medullari oculi* Leipzig 1834, str. 156) podał opis dokładny przypadków spostrzeganych przez Maître-Jean, Lawrence, Rittericha, Sichela i Praela. Spostrzeżenia dotyczyły dzieci, miały ze sobą to wspólne znamię, iż nowotwory w tęczówce powstałe rozrastały się stopniowo a rychło, przedziurawiały gałkę, poczem następował zanik jej. Rzeczą jest godną uwagi, iż w przypadku Michela dziecię zmarło na *phtisis mesaraica*. Sam Lincke spostrzegał kilka podobnych przypadków. Rzeczą jest również godną uwagi, iż Mackenzie (Traité pratique des maladies de l'oeil T. II) przyznawał w tych utworach *tubercules scrophuleux*.

Przez dłuższy czas nie znajdujemy wzmianki o nowych spostrzeżeniach. Graefe (Arch. f. Ophth. Bd. VII, 2, 1860) spostrzegł u 1-letniego dziecka przy złogach na tylnej powierzchni rogówki i tylnych przyczepinach okrągły guz na tęczówce, który dotykał prawie rogówki. Wcierania szaruchy nie pomogły, więc wycięto cząstkę guza i dano do zbadania Vircho-

wowi, który rozpoznał ziarniniak. Ostatecznie nastąpił zanik gałki. W 6 lat później opisał Graefe (Arch. f. Ophthalm. XII, 2) podobny zupełnie przypadek; gałkę wyłuszczono. Właściwie pierwszy sprawę gruźliczą w tęczówce, już wyraźnie jako takową, opisał Gradenigo (Annales d'oculistipue 64 str. 174, 1870). Drobne, pół prosa wielkości, węzełki znajdowały się początkowo w tylnych warstwach rogówki i w tęczówce prawego oka, później powstawały również w lewem oku. Dziecię zmarło we 3 miesiące później, a przy sekcyi znaleziono sprawę gruźliczą we wszystkich narządach.

Lecz właściwie opis dokładny sprawy gruźliczej w przedniej części oka zawdzięczamy dopiero Perls'owi (Arch. f. Ophth. XIX, 1). U $1^1/_2$-letniego dziecka w tęczówce lewego oka powstał białawo-żółty węzełek 2·3 mm wielkości, a w rogówce żółtawe nacieczenie — wkrótce była ona cała zaćmiona, ku obwodowi żółta, okolica rąbka obrzękła na tęczówce i w komorze—ropa. Po kilku tygodniach dziecię zmarło na sprawę prosowatą. Miało tu miejsce gruźlicze zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego. Rzeczą jest godną uwagi, iż Jacobsohn w przypadku tym rozpoznał klinicznie kilaka.

Jeszcze w 6 lat później Haab (Arch. f. Ophth. XXV, 4 1879) opierając się na 12 spostrzeganych przez siebie przypadkach, pierwszy podał obraz kliniczny cierpienia i wskazówki co do rozpoznania.

Odtąd przybyło bardzo wiele spostrzeżeń i obecnie mamy w literaturze przeszło 166 dokładnie opisanych przypadków, do których dodam 3 własne spostrzeżenia.

1. A. N., 5-letni, badany 15. I. 1904. Lewe oko zupełnie zdrowe, prawe od 4 miesięcy łzawiło, był znaczny światłowstręt. Powieki prawidłowe; spojówka twardówki silnie nastrzyknięta. Na tylnej powierzchni rogówki złogi, w warstwach jej głębokich zaćmienia o tyle wszakże nieznaczne, iż stan komory przedniej dokładnie zbadać można. Otóż górna część jej jest znacznie zwężoną, dolna część wcale nie istnieje, a to z powodu, iż przeistoczona w masę guzowatą tęczówka ku górze jest bardzo zbliżoną do rogówki, ku dołowi zaś nawet bezpo-

średnio do niej przytyka. Źrenica zupełnie niewidoczna. W obrębie dolnego wycinka ku zewnątrz od rąbka spojówki twardówka na przestrzeni 1 ctm jest mocno nastrzyknięta i nieco obrzękła. Gałka miękka, wrażenie światła żadne prawie. Gruczoły przeduszne obrzękłe. Po za tem stan ogólny najzupełniej zadowalniający, rodzice zdrowi.

Po upływie 3 dni dziecię zaczęło użalać się na bardzo silne bóle. Dokonałem wyłuszczenia gałki. Szczepienie do komory przedniej królika dało po 4 tygodniach gruźlicę tęczówki. Badanie drobnowidowe gałki wykazało sprawę gruźliczą w tęczówce, w kącie komory, w wyrostkach rzęskowych i w przewodzie Petit'a. Do tej chwili dziecię cieszy się dobrem zdrowiem.

2. P. R., 2-letnia, bardzo wycieńczona, 4. III. 1904. Prawe oko zdrowe. Lewe łzawi od 3 miesięcy. Spojówka powiek i gałki prawidłowa. Na tylnej powierzchni rogówki ku dołowi złogi. Źrenica niewidoczna. W dolnej części tęczówki guz żółtawo-szarawy przeszło 4 mm średnicy mający; zajmuje pas rzęskowy tęczówki i dochodzi do dna komory. Ku zewnątrz i ku wewnątrz dokoła guza na powierzchni tęczówki po kilka drobnych szarawych węzełków. Źrenica wcale nie poddaje się działaniu atropiny. Ojciec dziecka zmarł przed miesiącem na gruźlicę płuc. Obrzęk wszystkich prawie gruczołów chłonnych; w wierzchołku prawego płuca oddech niewyraźny. Po trzech tygodniach guz znacznie się zwiększył, zajmował cały prawie kąt dolny komory przedniej, ku górze sięgał brzegu źrenicznego, średnica wynosiła przeszło 7 mm. Objawy zapalne powstały przed tygodniem i wzmagały się z każdym dniem, gałka była jednak miękka. Dokonałem wyłuszczenia gałki. Po upływie roku dziecię żyło i cieszyło się względnie dobrem zdrowiem; stan późniejszy niewiadomy.

3. P. L., 6-letni. 2. V. 1900. Lewe oko zdrowe. W prawem oku przed tygodniem powstały objawy zwykłego zapalenia tęczówki. Po 3 dniach na całej przedniej powierzchni tęczówki powstały bardzo liczne (przeszło 40), drobne, szarawe węzełki o wiele liczniejsze i bardziej do siebie były zbliżone

w rzęskowym pasie tęczówki. Objawy zapalenia tęczówki nie były zbyt silne; źrenica wkrótce zupełnie uległa działaniu atropiny. po 3 tygodniach ustąpiło zapalenie, znikły też same węzełki. Gruczoły przeduszne były obrzękłe, w wierzchołkach płuc oddech niewyraźny, matka cierpi na gruźlicę płuc. W 8 miesięcy później znowu powstało zapalenie tęczówki, znowu pojawiły się węzełki, lecz było ich znacznie mniej, a po 4-ch tygodniach ustąpiło zapalenie, znikły też węzełki. Później nie widziałem dziecka aż do 15. II. 1906. Przez ten czas zapalenie tęczówki powtarzało się jeszcze 3 razy. Badanie wykazało: żyły rzęskowe nastrzyknięte, rogówka cokolwiek matowa, źrenica zupełnie zarośnięta, na powierzchni tęczy zgoła żadnych węzełków ani też śladów po uprzednich pozostałych. Gałka bardzo twarda, V = 0, częste bóle w skroni. Dokonałem wyłuszczenia gałki.

Wygląd dziecka kwitnący, sprawa w płucach i obrzęk gruczołów ustąpiły.

Badanie drobnowidowe nie wykryło żadnych zgoła zmian swoistych, po węzełkach żadnych zmian nie zostało, w niektórych tylko miejscach w bardzo naogół zanikłej tęczówce (i ciele rzęskowem) warstwa tylko barwikowata przytykała bezpośrednio do przedniej błony granicznej. Matka dziecięcia zmarła przed 2 laty na gruźlicę płuc.

Ciekawe są dane dotyczące płci i wieku, mianowicie u mężczyzn 68 przypadków, u kobiet 80, czyli 46,0% i 54,0% o wiele zatem częściej.

Co do wieku:

Wcześniej 1 roku i do 10 lat .	59,	czyli	37,4%
Od 1 roku i do 10 lat	58,	»	36,5%
Od 10 lat i do 20 lat	41,	»	26,1%
a po 30 roku życia	5,	»	3,1%

Wypada więc, że cierpieniu wyłącznie prawie ulegają osobniki do 30 roku życia.

Zwykle cierpieniu ulega jedno tylko oko. Z pomiędzy 166 przypadków cierpienie obustronne miało miejsce tylko w 17.

Zdawaćby się mogło, że obfitość spostrzeżeń ułatwia może opis ogólny. Tak wszakże nie jest, a to ze względu na wielką rozmaitość postaci klinicznych, w których cierpienia gruźlicze występują. O wiele jest prostszą budowa spojówki, a jednak w jednej z prac uprzednich (o gruźlicy spojówki, Postęp okulistyczny 1904) wykazałem, iż gruźlica błony tej bynajmniej nie da się ująć w te 4 formy, które chciał zakreślić dla uiej Sattler.

Dokładniejszy opis kliniczny gruźlicy tęczówki pierwszy podał Haab. Odróżniał on 2 postacie: 1) drobną, gdy ułożone w tęczówce drobne węzełki po krótkim czasie znikają, oko zaś powraca do stanu prawidł., lub też powstaje przewlekłe zapalenie, które do utraty wzroku i kształtu gałki prowadzi i 2) postać o utworach większych, gdy rozrosty tkanki gruźliczej rozsadzać mogą gałkę, która później zanika, cierpienie występuje tu w postaci guzów. Haab też pierwszy zwrócił uwagę na obrzmienie gruczołów chłonnych przedusznych i podszczękowych. Podział taki został mniej więcej powszechnie przyjęty.

Gdy sprawa jest rozlaną rzecz tak się przedstawia. Cierpienie występuje na razie w postaci zapalenia ostrego tęczówki lub też tęczówki i ciała rzęskowego. Obrzmienie spojówki gałkowej, rogówka często zaćmiona, ciecz wodna zamglona, na tylnej powierzchni błony Descemeta często spostrzegać się dają złogi. Barwa tęczówki zmieniona, rysunek jej niewyraźny, zawsze prawie tylne przyczepiny. Źrenica zawsze skurczona i często przez wysięk zajęta, niekiedy bywa ropa w komorze przedniej, a w 2 przypadkach spostrzegano wynaczynienie do komory. Typowy objaw stanowią węzełki wielkości ziarnka prosa, lub mniejsze jeszcze na przedniej powierzchni tęczówki. Są one nieco wydatne nad powierzchnią, lub na równi z nią ułożone, może być ich więcej lub mniej — od jednego i kilku do kilkudziesięciu. Świeżo powstałe mają barwę szarawo-różową, która później staje się białawą, a nawet żółtą. Ta ostatnia zmiana następuje przy zserowaceniu. Jakkolwiek węzełki mogą powstawać w rozmaitych miejscach, nawet obok samego brzegu źrenicznego, to jednak częściej znajdujemy je w dolnej

połowie tęczówki, chociaż bynajmniej nie wyłącznie, jak utrzymywał Haab, nadto najczęściej w pasie jej rzęskowym. Okoliczność ta miała miejsce w 77 przypadkach, w 7 węzełki znajdowały się jednocześnie w źrenicznym i w rzęskowym pasie, w 10—obok brzegu źrenicznego. Po krótkim przeciągu czasu węzełki mogą znikać, lecz natomiast powstają nowe, które również krótko istnieć mogą, lecz mogą też rozrastać się i zlewać ze sobą, tworząc utwory znacznej objętości, tak dalece, iż tęczówka cała może być przeistoczoną w jedną masę, która zupełnie prawie wypełnia komorę przednią, powierzchnia jej wszakże w tych razach nigdy gładką i jednolitą nie bywa, lecz widoczne są na niej rozmaitej wielkości i postaci guzy. Węzełki zwykle występują tylko na tęczówce, jednakże dość często powstają one również w kącie komory przedniej, mianowicie miało to miejsce w 33 przypadkach, a wielkość ich znacznym ulegała zmianom. Węzełki spostrzegano również niekiedy w okolicy rąbka pod spojówką, a w 4-ch przypadkach typowe węzełki znajdowały się w samej rogówce.

Ta ostatnia częściej innym ulegała zmianom. Zaćmienia jej spostrzegano w 34 przypadkach, były one powierzchowne, najczęściej głębokie, w niektórych przypadkach o znamionach zapalenia śródmiąższowego. W tych razach to ostatnie cierpienie odgrywać zdawało się główną rolę, zmiany zaś w samej tęczówce mniej wybitnie występowały. W jednym przypadku miało miejsce ropienie rogówki, w 3—wrzody. Złogi na tylnej powierzchni błony Descemeta spostrzegano w 35 przypadkach.

W niektórych przypadkach objawy znacznie się różniły. Mianowicie w 13 przypadkach węzełki spostrzegano li tylko w kącie komory przedniej, przyczem jednocześnie występowały objawy *Iritis serosa*, w 3 zaś przypadkach cierpienie występowało li tylko w postaci *Iritis serosa*. Dalej w 6 przypadkach główny objaw cierpienia stanowiło *hypopyon*, w tęczówce w 2 tylko z tych przypadków znajdowały się 2—3 bardzo drobne węzełki.

O ile sprawa zajmuje li tylko tęczówkę, postać gałki,

nawet gdy rozrosty tkanki gruźliczej całkowicie prawie wypełniają całą komorę przednią, zmianom nie ulega. Przeciwnie o wiele częściej następuje później zmniejszenie jej objętości— zanik gałki. O ile z opisów podanych wnosić możemy, cierpienie li tylko tęczówki miało miejsce w 114 z opisanych przypadków, w 50 zaś mieliśmy sprawę jednocześnie w ciele rzęskowem.

Jeśli przy cierpieniu samej tylko tęczówki zawsze spostrzegamy łzawienie, bóle rzęskowe, światłowstręt i znaczne upośledzenie wzroku, to przy jednoczesnym udziale ciała rzęskowego objawy te o wiele wyraźniej występują, nadto w okresach wcześniejszych, gdy ciecz wodna mało jest zamgloną, a stan źrenicy umożebnia wziernikowanie, spostrzegać się dają zaćmienia w przedniej części ciała szklistego. Stan zapalny tak dalece może być znaczny, że w 2 przypadkach cierpienie miało wszelkie znamiona ropnego zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego. Nadto sprawa w ciele rzęskowem wywołuje zmiany w postaci powierzchni przedniej części gałki. W niektórych przypadkach (3) powstaje tylko garbiec częściowy. Częściej jednak w pobliżu rąbka daje się spostrzegać miejsce bardzięj błękitne zwykle ku dołowi, lub ku dołowi i ku wewnątrz lub zewnątrż, rzadko bardzo ku górze. Wkrótce w miejscu tem powstaje wydatność, coraz bardziej wyraźna, powstaje w niej spiczastość, aż wreszcie następuje przedziurawienie gałki. Przez otwór powstały wypaść mogą nietylko tęczówka, lecz nawet soczewka; w jednym przypadku (Wagenmann) (Arch. f. Ophth. XXXII, 4) wraz tęczówką wypadło ciało rzęskowe. Przedziurawienie następuje zwykle w jednem miejscu, lecz znany jest przypadek (Haaba 13), w którym nastąpiło ono w 3 miejscach jednocześnie. Z opisanych przypadków przedziurawienie nastąpiło w 11, w 2-ch uprzedziło je tylko wczesne wyłuszczenie gałki. Gdy nastąpiło przedziurawienie, tkanka gruźlicza rozrasta się na powierzchni bardzo raźno, tworząc guzy, opisane przez dawnych badaczy jako *fungus,* które mogą ulegać zanikowi.

Prócz tej rozlanej postaci, względnie łagodnej, jak wyka-

zał już Haab, daje się spostrzegać postać zupełnie odmienna, o wiele złośliwsza, gdy cierpienie powstaje w postaci guza, czyli samotnego gruzełka. Przypadków takich mamy 25. Co do wieku:

od 1 do 10 . . .	18,	czyli	72,0%
od 10 do 20 . . .	6,	»	24,0%
po 20-stym roku . .	1,	»	4,0%

Zatem ledwo nie wyłącznie cierpienie to panuje w pierwszym dziesiątku lat wieku. Postacie te znane są również dla naczyniówki i niedawno zebrałem ogłoszone przypadki, do których dodałem własne spostrzeżenie (O guzach gruźliczych naczyniówki, Postęp okulistyczny 1905) w spojówce oka utwory gruźlicze również przybierają niekiedy postać guzów.

Samotny gruzełek tęczówki ma wszelkie znamiona nowotworu. Objawy zapalne o wiele bywają słabsze, gruzełków drobnych może nie być, lub też spostrzegać się one dają jako satellity w okolicy wielkiego gruzełka. Virchow pierwszy określił je jako ziarniniaki, lecz już Manfredi (Annali di Oftalm. Vom III. str. 439, 1873) przyznał w nich wprost utwory gruźlicze, co potwierdzał później Haab. Mogą być one znacznej wielkości—od $^1/_8$ wielkości aż do utworów, które zupełnie wypełniają komorę przednią; rosną one bardzo prędko, a przedziurawienie gałki może nastąpić już po 3 tygodniach. W ogóle przebieg gruźlicy przedniej części gałki bywa powolny i szybki. Ostatni jest właściwy postaciom guzowym. Przeciwnie postacie o drobnych węzełkach ciągnąć się mogą do 3 lat i dłużej.

Rozpoznanie opiera się przeważnie na obecności węzełków, ktore spostrzegamy w przeważnej ilości przypadków. Nie zupominajmy jednak, iż gruźlica może występować w postaci zapalenia śródmiąższowego, lub *iritis serosa*, a węzełków może prawie lub wcale nawet nie być. Rzecz prosta, iż przy rozpoznaniu różniczkowem należy mieć na uwadze inne rodzaje cierpień tęczówki, przy których również węzełki powstawać mogą. Głównie wchodzą tu w rachubę białaczka i przymiot. W białaczce węzełki mają barwę bardziej jednostajną, a nadto

cierpienie to do bardzo rzadkich należy. Rozpoznanie różniczkowe gruźlicy przedniej części oka sprowadza się głównie do odróżnienia jej od przymiotu Już w przypadku przez Perlsa opisanym, Jacobsohn przy badaniu klinicznem rozpoznał cierpienie jako przymiotowe. Rozpoznaniu cierpienia, jako gruźliczego dopomaga obecność objawów gruźliczych w innych częściach ciała, jak znowu dla przyznania cierpienia jako przymiotowego konieczne są inne jeszcze objawy przymiotu. Okoliczność ta jest nader wielkiej wagi, gdyż jeśli możliwą jest gruźlica przedniej części gałki bez żadnych, dostępnych przynajmniej dla badania klinicznego innych objawów gruźlicy, to znów przy osutkach przymiotowych zawsze mieć możemy inne jeszcze objawy przymiotu w ustroju, wiele też dać mogą wywiady.

Po za tem węzełki gruźlicze najczęściej znajdują się w dolnej połowie tęczówki, przeważnie w pasie rzęskowym, nadto u młodych osobników i rosną szybko; natomiast osutki i kilaki powstają zwykle w pasie źrenicznym, rosną powolniej i nadto—w wieku późniejszym, po 20-stym roku życia. Dalej różnica zachodzi jeszcze co do barwy węzełków, które w przymiocie są białe, w gruźlicy—szarawo-czerwone i tylko później (przy zserowaceniu)—białe, nawet żółte. Jeśli cierpienie gruźlicze występuje w postaci nietypowej, wskazówek udzielić może stan ogólny, a więcej jeszcze chyba przebieg dalszy cierpienia. Najważniejszą okoliczność stanowi przy rozpoznaniu (również przy rokowaniu) wiek chorego.

Gdy cierpienie występuje w postaci guza, może zachodzić podejrzenie co do mięsaka. W tym razie bardzo ważną okoliczność stanowi ucisk śródgałkowy, który przy gruźlicy prawie zawsze bywa zmniejszony i tylko w 3 przypadkach był zwiększony.

Szkoła wyrcburska o wiele się dalej posunęła przy rozpoznaniu gruźlicy, przyznając takową w każdem zapaleniu tęczówki powstałem u osobników gruźlicą w tej lub innej postaci dotkniętych—przykład ten nie znalazł jednak naśladowców. W niektórych wątpliwych przypadkach stosowano leczenie

wcieraniami szaruchy, wychodząc zapewne z zasady rozpoznania *ex juvantibus*. Postępowanie takie na największą chyba zasługuje naganę w przypadkach, które gwałtownie leczenia tego nie wymagają u osobników, chociażby tylko podejrzanych o gruźlicę, a to ze względu na niszczący wpływ na odżywianie. Stosowano je w 5 przypadkach, a z tych w 3 wypadło dokonać później wyłuszczenia gałki.

Co się tyczy ogólnego stanu zdrowia przy gruźlicy przedniej części gałki, to:

Wyraźne suchoty płuc lub cierpienie szczytów miały miejsce	w	37	przypadkach
Obrzęk gruczołów	»	12	»
Owrzodzenie skóry	»	1	»
Spina ventosa	»	1	»

Jeśli dodamy do tego 20 przypadków bardzo wyraźnego dziedzicznego usposobienia, wypadnie, iż z pomiędzy 166 przypadków w 71, prawie w 43% stan ogólny był niepomyślny, mianowicie mieliśmy do czynienia z osobnikami, cierpiącymi na gruźlicę w innych narządach. Były to objawy bądź co bądź wyraźne, wiemy jednak, jak często w ustroju znajdują się ukryte gniazda gruźlicze, nie dostępne do zbadania. W 9 przypadkach nastąpiła śmierć. W 1 we trzy miesiące na gruźlicę prosowatą, w 3 na suchoty płuc, w 4 w 1—4 po dokonanem wyłuszczeniu gałki, a z tych w 3 przyczyną śmierci było gruźlicze zapalenie opon mózgowych.

Pierwsi badacze niejednokrotnie chcieli przyznać w gruźlicy przedniej części oka sprawę pierwotną. Obecnie rozstrzygnąć to miała już statystyka. W 43% dokładniej spostrzeganych przypadków mieliśmy wyraźne wskazówki lub podejrzenia co do zakażenia gruźliczego innych części organizmu, w 5,5% zejście śmiertelne. Dodać do tego należy, że większą część przypadków spostrzegano czas krótki, że zatem zejść śmiertelnych po pewnym czasie znacznie więcej chyba było. Jakkolwiek zatem w 95 przypadkach stan ogólny nie budził

podejrzeń co do gruźlicy, lecz mogły być jeszcze cierpienia ukryte, a wobec tego 43% wyraźnych cierpień wobec krótkiej obserwacyi przypadków stanowią liczbę bardzo poważną dla rozstrzygnięcia pytania, czy cierpienie było pierwotnem, czy też wtórnem — na korzyść ostatniego twierdzenia. Znamy np. przypadek, w którym jednocześnie z powstaniem gruźlicy w tęczówce żadnych zmian w innych narządach nie znaleziono, a jednak po upływie 2 lat powstała gruźlica w płucach. Dodamy jeszcze, że w 17 przypadkach mieliśmy cierpienie w obu oczach, a powstało ono bądź jednocześnie, bądź w drugiem oku później — rzecz prosta, iż zarazek znajdował się tym razem we krwi.

Mamy jednak przypadek przez Castenholz'a (Dies. München 1885) opisany, w którym w 4 miesiące po wyłuszczeniu gruźliczej lewej gałki, zachorowało na gruźlicę prawe oko. Tu dla cierpienia możliwą być mogła inna droga współczulna. Lecz najpierw przeciąg czasu był za długi, następnie, jak wkrótce obszerniej przytoczę, przy cierpieniu gruźliczem przedniej części jagodówki, część jej tylna w cierpieniu nigdy prawie nie uczestniczy. Wypada zatem, że i w tym i w innych podobnych przypadkach, zarazek znajdował się w ustroju samym, w oku zaś sprawa powstała później, czyli była wtórną. Twierdzenie Calderaro (Clinica oculistica r. 1902, str. 977), jakoby gruźlica tęczówki w 85% była wtórną, a w 15% pierwotną, nie opiera się na faktycznych danych. Najprawdopodobniej sprawa zawsze jest wtórną.

Jaki też wpływ wywiera gruźlica przedniej części oka na pozostałe części jego i na stan ogólny ustroju, czyli, i o ile jest możebnem uogólnienie sprawy? Na pierwsze pytanie możemy odpowiedzieć, że tylko w 9 przypadkach mieliśmy jednocześnie sprawę, nadto bardzo niewybitną w tylnej części oka, mianowicie w naczyniówce i siatkówce i 2 razy w tarczy nerwu wzrokowego. W jednym tylko przypadku (2-gi Samelsohna, Sitzungsber. d. Ophth. Gesellschaft zu Heidelberg 1879 str 7) miało miejsce wyraźne posunięcie się sprawy z przedniej

części gałki na pochewki nerwu wzrokowego i dalej na opony mózgowe.

O wpływie na stan ogólny gałki gruźliczej, jako ogniska, z którego sprawa może się rozpowszechnić, nic nie wiemy, może już z tego powodu, iż w 72 przypadkach na 166 dokonano wyłuszczenia gałki, co, rzecz prosta, usunęło wpływ jej na ustrój.

Rokowanie, o ile dotyczy oka samego, prócz chyba postaci bardzo łagodnych, o których niżej powiemy, jest dla oka samego wątpliwe, dla życia zaś również co najmniej wątpliwe, gdyż jakkolwiek znamy przypadki, które były spostrzegane przez czas dłuższy (nawet do 14 lat), przyczem zarówno stan oczu jakoteż całego ustroju zmianom niepomyślnym nie ulegał, to jednak już wyżej powiedziałem, że już jednocześnie z gruźlicą przedniej części gałki mieliśmy objawy gruźlicy w innych częściach ustroju, występowały też one później.

Prócz wyżej wymienionych 2 postaci gruźlicy przedniej części gałki — węzełkowej i guzowej — dodać wypada jeszcze jednę postać, wprowadzoną ze względów zupełnie praktycznych, mianowicie tak zwaną osłabioną gruźlicę tęczówki *(abgeschwächte Iristuberculose)*. Pierwszy wprowadził ją Leber (Ueber abgeschwächte Tuberculose des Auges, Sitzungsbericht der Ophth. Gesellschaft zu Heidelberg 1891, str. 44). W przypadkach przeważnie o bardzo drobnych węzełkach, które rosły bardzo powoli, przebieg był długi i bardzo łagodny, następowało nawet zupełne wyzdrowienie. Prócz Lebera, przypadki takie opisali Haab (l. c.), Haensell (Arch. f. Ophthalm. XXV, 4), Samelsohn (l. c.), Braileg (Brit. medic. Journ. II p. 668) Van Duyse (Arch. d'Ophtalm. XII p. 478, 1892) i inni. Niektórzy (np. Vossius) nie przyznawali w nich cierpienia gruźliczego. Leber jednakże w jednym przypadku dokonał irydektomii, a w wyciętej cząstce tęczówki nie tylko znaleziono gruzełki, lecz nadto dokonano szczepienia królikowi z dodatnim wynikiem. W jednym przypadku Leber spostrzegał, iż węzełki zlewały się razem, tworząc guz, który zajmował $^1/_3$ tęczówki, a jednak po 8 miesiącach guz znikł zupełnie, pozostawiając

tylko po sobie twardzielowe zapalenie rogówki. W 10-m przypadku Haaba dobrowolnie ustąpił dość znacznych rozmiarów ziarniniak tęczówki. Główne znamię przypadków gruźlicy tej kategoryi stanowi zatem bynajmniej nie wygląd kliniczny, lecz tylko dziwnie łagodny przebieg. Do tej kategoryi zaliczyć również należy 11 przypadków spostrzeganych przez Fonsagrioes (Iritis d'origine tuberculeuse. Thèze 1905), a które wyodrębnił on pod nazwą postaci zapalnej. Przypuszcza on, iż w tych przypadkach na tkanki działał tylko jad od prątków pochodzący, lecz nie same prątki. Pomijając to przypuszczenie, jak też wytłumaczyć możemy ten dziwnie łagodny przebieg, czy w istocie zarazek był słaby?—chyba nie, przyczyny szukać raczej należy w większej odporności ustroju.

(Dok. nastąpi).

Przyczynek do nauki o uszkodzeniach przedniej części gałki ocznej kwasem siarczanym.

Podał

Dr med. JAN HOENE.

(Czytane na posiedzeniu Kijowskiego Optalmicznego Towarzystwa z 3 kwietnia 1907 r.).

Wobec szerokiego zastosowania kwasu siarczanego w przemyśle, i częstego stosunkowo używania tego środka żrącego w celach zemsty osobistej lub walki partyjnej, oczekiwać by należało, że przypadkowe czy umyślne urazy oka spowodowane tym środkiem, należą do częściej spostrzeganych. Wszak kroniki skandaliczne większych miast zawierają częste wzmianki o przypadkach tego rodzaju, przyczem uszkodzenie przyrządu wzrokowego stanowi najczęściej główny cel zbrodniczego zamysłu. Pomimo tego jednak w okulistycznej literaturze nie posiadamy dokładnego opisu anatomopatologicznej sprawy zapa-

lenia gałki ocznej spowodowanej wymienioną oparzeliną, jak również, pomimo usilnych poszukiwań, nie znalazłem żadnych statystycznych danych, dotyczących częstości podobnych urazów. Osobiście w ciągu swej wieloletniej działalności praktycznej, oprócz niżej opisanego, zaledwie spostrzegałem 4 przypadki uszkodzenia gałki ocznej kwasem siarczanym. Ponieważ kliniczny ich przebieg przedstawiał pewne właściwości, interesujące zwłaszcza z anatomopatalogicznego punktu widzenia, przeto opracowanie tej sprawy wydaje mi się zupełnie usprawiedliwionem.

W podręcznikach chorób ocznych, w opisach spraw chorobowych spowodowanych działaniem chemicznych żrących środków, znajdujemy przeważnie uogólnione wskazówki o ciężkich następstwach takich uszkodzeń, bez określenia jednak pojedynczych zjawisk wywołanej nimi sprawy chorobowej. Tak w pierwszem wydaniu Graefego-Semisch'a (odpowiedni rozdział 2-go wydania dotąd nie wyszedł), powiedziano, że chemicznymi lub termicznymi czynnikami mogą być spowodowane rozlane oparzeliny przedniej części gałki ocznej, przy czem kwasy mineralne, a szczególniej kwas siarczany, często warunkują podobne uszkodzenia. Dokładniej są tylko opisanemi uszkodzenia oka niegaszonem wapnem. Z innych podręczników wspomnę Arlt'a, który wzmiankuje, że chemicznie lub termicznie działające środki, w zależności od stopnia natężenia ich działania, powodują powierzchowne lub głębsze uszkodzedzenia tkanek przedniej części gałki ocznej, z następczem ich owrzodzeniem, bliznowatem ściąganiem, i ostatecznem zrośnięciem naprzeciwko siebie leżących powierzchni owrzodzeń. Odnośnie do rogówki, to w przypadkach jej uszkodzenia, możemy liczyć na przejaśnienie tylko w razie bardzo powierzchownych oparzelin. W razie głębiej sięgającego uszkodzenia, mającego wygląd skrzepniętego białka, następuje zupełny rozpad tkanki rogowej, a zgorzelinowe ogniska oddzielają się następczo przez ropienie. O zmianach następczych głębiej położonych części oka niema żadnej wzmianki. W podręcznikace: Majer'a, Szokalskiego, Chodina, Man-

delstamm'a, Weckera, Kleina, Fuchsa, Michela Berry, Moraxa, sprawa uszkodzenia gałki ocznej środkami, żrącemi ogranicza się do wskazania na niebezpieczeństwo zmętnienia rogówki i nieodłączne następcze zrośnięcie przeciwległych owrzodziałych powierzchni łącznicy gałki ocznej i powiek. Tylko Schweigger wspomina, że w uszkodzonych częściach rogówki może dojść do ropnych zapaleń, które rozszerzając się mogą obejmować całą tę błonę i przechodzić na tęczówkę i jagodówkę, w następstwie czego może uledz ropnemu zapaleniu cała gałka oczna *(panophthalmitis)*. Nieco więcej szczegółowym jest Praun w opisie chemicznej oparzeliny rogówki, stwierdzając, że zależnie od stopnia i głębokości działania kwasu wytworzona zgorzelina oddziela się odgraniczającem zapaleniem od powstałego owrzodzenia, które zabliźnia się ostatecznie za pośrednictwem obfitych naczyń krwionośnych t. zw. łuszczki gojącej *(pannus reparatorius)* z pozostawieniem stałego zmętnienia. Niekiedy przy głębokiem zgorzelinowem ognisku może dojść do przedziurawienia rogówki z wszystkiemi następstwami tego stanu, a także wytworzyć się zapalenie ciała rzęskowego z następczem zmarszczeniem gałki ocznej. Przy rozległych zgorzelinach rogówki mogą także następować powikłania zapaleniami tęczówki z tylnemi zrostami.

Jak widzimy z powyższego zestawienia, wiadomości nasze o sprawach chorobowych gałki ocznej wywołanych żrącem działaniem H_2SO_4, nie są jeszcze dosyć szczegółowo wyjaśnione, szczególniej odnośnie do przyczynowego związku pojedynczych zjawisk, spostrzeganych w odpowiednich przypadkach. Ponieważ w spostrzeganych osobiście uszkodzeniach oka tego rodzaju, zauważyłem pewne odrębności i właściwości ich przebiegu, przeto sądzę, że dokładny opis klinicznego przebiegu ostatniego mojego przypadku nie będzie pozbawionym naukowego i praktycznego znaczenia, zwłaszcza, że przebieg jego posiada niewątpliwie znamiona przypadkowego doświadczenia patologicznego i pod względem klinicznym przedstawia wiele szczegółów, charakteryzujacych to ciężkie uszkodzenie oka.

* * *

1 maja 1906 r. około godz. 8-ej wieczorem 42-letniemu krawcowi S. z naczynia o szerokim otworze, chluśnięto w twarz gryzącym płynem, którym oblane zostały twarz, oczy i część szyjowa, przyczem przeważnie ucierpiała lewa połowa twarzy. Natychmiastowo poczuł on silny ból gryzący w oczach i zalanych częściach, tak, że tylko przy pomocy przechodniów został doprowadzonym do pobliskiej apteki, gdzie przybyłe pogotowie ratunkowe zastosowało pierwszy opatrunek, polegający na obfitem przemyciu porażonych części roztworem sody i obłożeniu ich kompresami zmoczonemi w tymże roztworze. Mniej więcej w $1^1/_2$ godziny po wypadku, widziałem chorego, mocno zaniepokojonego oświadczeniem lekarza pogotowia, że obydwa oczy zostały uszkodzone, i że grozi mu zupełna ślepota. Rzeczywiście przy pierwszych moich oględzinach stan chorego przedstawiał się nader rozpaczliwie. Skóra czoła, powiek, nosa, części szczęki, a także lewego podbródka i szyi, silnie opalona żrącym płynem, była opuchniętą, czerwonobrunatnawą, w wielu miejscach, szczególniej na górnych powiekach, nosie i podbródku naskórek odstawał, tworząc mniej lub więcej rozległe pęcherze; na szyi zaś, widocznie wskutek przylegania zlanych płynem części ubrania i bardziej przez to natężonego działania, prawie na całej przestrzeni od krtani aż do potylicy skóra miała wygląd białego pergaminu. Rozejrzenie ubrania i bielizny przekonało mnie, że miejsca zlane płynem rozłaziły się w strzępy, były czerwonawo zabarwione i przedstawiały wszelkie cechy działania H_2SO_4. Oczy chorego były przymknięte, samowolnie nie mógł ich otworzyć uskarżając się na silny ból i światłowstręt. Tylko z pewnym wysiłkiem udało mi się ostrożnie podnieść górną powiekę i rozejrzeć się w gałkach ocznych, przyczem znalazłem: Prawa rogówka o równej powierzchni była w całym obszarze równomiernie zamgloną, a tylko u obydwóch jej brzegów, zewnętrznego i wewnętrznego sterczały nad powierzchnią dwie białe oparzelinowe plamy, o obwodzie mniej więcej 2 do 3 milimetrów, przyczem wewnętrzna była nieco większą od zewnętrznej. Przez zamgloną rogówkę mogłem jednak rozróżnić znaczne zwężenie źrenicy przy prawidłowej ko-

morze przedniej. Łącznica prawej gałki ocznej w całej swej rozciągłości przedstawiała się porcelanowo białą, a powiek, o ile ją można było obejrzeć przy danych warunkach, mętną, bladą, niejako pomarszczoną i zeskórnioną. W znaczniejszym jeszcze stopniu było uszkodzone lewe oko, albowiem przez środkową część rogówki, przechodziła poprzeczna, zupełnie nieprzezroczysta, stercząca nad powierzchnią biało-żółtawa pręga, około 3 milimetrów szeroka, nieprzerwanie przechodząca od zewnętrznego brzegu ku wewnętrznemu i bezpośrednio łączące się z łącznicą gałki, która również i w tem oku odznaczała się bardziej jeszcze wybitnym porcelanowym wyglądem z zupełnym zanikiem naczyń krwionośnych. Nad i poniżej środkowej pręgi oparzelinowej, pozostała rogówka była rozlanozmętniała, o równomiernej, jednak gładkiej powierzchni. Przednia komora i w tem oku była zachowaną, a zwężona źrenica zakryta środkowem zmętnieniem rogówki. Prawem okiem poszkodowany rozróżniał palce i większe przedmioty, przedstawiające się jednak we mgle, w lewem zaś istniało tylko poczucie światła.

Tak więc na podstawie tych danych oględzin chorego, nie ulegało wątpliwości, że oprócz rozległego uszkodzenia skóry, wywołanego chemicznie działającym żrącym płynem, niewątpliwie kwasem siarczanym, były także uszkodzenia gałek ocznych w postaci ogniskowych zgorzelin rogówek i oparzeliny łącznicy, bardziej rozległych w lewem aniżeli w prawem oku. Uszkodzenia skóry w przeróżnych jej odcinkach przedstawiały wszystkie trzy stopnie patologiczne oparzeliny (zaczerwienienie, pęcherze, zamartwicę), a i oczów przedstawiały się bardzo poważnie. Rokowanie utrzymania nieupośledzonego wzroku w prawem oku było nader wątpliwem, lewe zaś oko uważałem za stracone.

Ponieważ przebieg gojenia uszkodzeń skóry i prawego oka, nie przedstawiał żadnych nieprawidłowych zjawisk, przeto podaję go tylko w ogólnych zarysach. W oku tem następnego już dnia znalazłem źrenicę mocno rozszerzoną pod wpływem zastosowanej maści atropinowej (2%), ogniskowe zgorzeliny ro-

gówki oddzieliły się na trzeci dzień z pozostawieniem dość głębokich owrzodzeń z najzupełniej przezroczystem dnem. Po 10 dniach owrzodzenia te wypełniły się i nastąpiło zagojenie ich, bez wytworzenia unaczynienia, i pozostawienia jakichkolwiek zmętnień. Bezpośrednio po oddzieleniu zgorzelin, zamglona rogówka przejaśniła się, i ze strony głębokich błon składowych oka nie mieliśmy żadnych powikłań. Porcelanowy wygląd łącznicy powoli zanikał, błona ta ożywiała się, a po tygodniu były już objawy umiarkowanego nieżytowego zapalenia, które powolnie ustąpiły i po 3 tygodniach oko to przedstawiało się najzupełniej prawidłowo z zachowaniem swej całkowitej pod każdym względem sprawności. Odnośnie do skóry, to wyrównanie jej uszkodzeń, w zależności od postaci oparzeliny przeciągało się do 6 tygodni, przyczem na powiekach wystąpiły owrzodzenia z bujającą i krwawiącą ziarniną, które zagoiły się nieznacznemi powierzchownemi bliznami. Najdłużej trwała sprawa gojenia na skórze szyi, która miejscami uległa rozpadowi aż do tkanki podskórnej, a powstałe stąd owrzodzenia pozostawiły nieforemne blizny, w początkach nieco utrudniające ruchy głowy.

Mniej pomyślnem było zejście uszkodzenia lewego oka. Przez pierwsze trzy dni wyżej opisany wygląd jego pozostawał niezmienionym, a źrenica pomimo obficie stosowanej maści atropinowej nie rozszerzała się. Dopiero przy wieczornym opatrunku 3 maja zauważyłem, że poprzeczna zgorzelina mniej sterczy nad powierzchnię, a 4 maja nastąpiło oddzielenie z pozostawieniem głębokiego owrzodzenia o przezroczystem dnie. Pomimo oddzielenia zgorzeliny, rozlane zamglenie rogówki nie ustępowało, powierzchnia jej stawała się nierówną, jakby pokłutą, co szczególniej było wyraźnem w górnej jej połowie. Po przez owrzodzenie, z oddzieleniem zgorzeliny, stała się widoczną źrenica, która wykazywała nieco wydłużoną postać, nie rozszerzała się jednak w następstwie wytworzenia tylnych przyczepów tęczówki. Wówczas też mogłem stwierdzić, że w obrębie zwężonej, nieprawidłowej źrenicy torebka soczewkowa uległa zmętnieniu, a prócz tego, że na jej powierzchni osadzają się drobne włóknikowe skrzepy. Tegoż dnia wieczorem (4 maja),

przy wspólnem oglądaniu chorego z dr Mandelstammem, mogliśmy już wyraźnie rozróżnić gwiazdkowate zmętnienie samej soczewki, w postaci znanej figury Purkiniego. W cieczy przedniej komory ocznej nie zauważyliśmy tegoż dnia wyraźnych wysięków, a łącznica powieki była bladą, zeskórnioną, gałki zaś ocznej martwego biało porcelanowego wyglądu. W tym czasie chory zupełnie nie skarżył się na bolesność oka, a nawet rozróżniał pokazywane mu palce.

Następnego dnia (5 maja), przy ogólnym nie zmienionym wyglądzie, zauważyłem, że w dolnej części komory osiada żółtawy wysięk, czyniący wrażenie złogów włóknikowych na błonach Descemeta i tęczowej. Wysięk ten powolnie się zwiększając i gęstniejąc zajmował coraz większą przestrzeń w dolnej połowie komory i 11 maja przedstawiał w postaci stożkowatej, wierzchołkiem swym zakrywając otwór źreniczny, i szeroką podstawą wypełniając dolny odcinek komory. Soczewka była znowu zupełnie niedostępną, wobec wypełnienia otworu źrenicznego gęstymi włóknikowymi osadami, poruszenia głowy chorego nie wywierały żadnego wpływu na położenie i postać wysięku, co wskazywało na ścisłe przyleganie i łączność jego z tęczówką. Dr Mandelstamm powtórnie w tym czasie oglądając chorego (11 maja), najzupełniej podzielił mój pogląd, że mamy tu do czynienia z obfitym włóknikowym osadem. Przez wszystkie te dnie, pozostałe części oka dostępne badaniu nie przedstawiały żadnych wybitniejszych zmian, tylko rogówka, jednakowo rozlano zamglona stawała się na powierzchni coraz mniej gładką, owrzodzenia jej na całej prawie powierzchni powolnie pogłębiały się, zachowując przytem zupełną przepuszczalność światła i nigdzie nie pokrywając się jakimkolwiek szarawym lub ropnym nalotem. 13 maja rogówka okazała się więcej zamgloną, przyczem zamglenie to nasuwało sie z górnych jej brzegów i czyniło wrażenie tłuszczowego nalotu, nierównomiernie rozpostartego po powierzchni. Wieczorem tegoż dnia zmętnienie było więcej jeszcze wyraźnem, i przy badaniu bocznem oświetleniem, wyraźnie składało się z oddzielnych żółtawych plamek, jakby zbiorników kropli tłuszczowych, nie-

jednolicie rozrzuconych pomiędzy blaszkami rogówkowemi, opuszczających się swoim ciężarem od góry ku środkowi. Jednocześnie zauważyłem, że źrenica stawała się szerszą, wysięk zaś w przedniej komorze skurczył się w dolnej swej części, odstając od tęczówki, która też po dłuższym okresie stała się w dolnej części widoczną. 14 maja pojedyncze żółte plamy na rogówce zlały się ze sobą, tworząc prawie jednolite żółte zmętnienie, zajmujące górną połowę rogówki aż do brzegu poprzecznego głębokiego owrzodzenia. Wysięk w poprzedniej komorze zniknął prawie zupełnie i tylko resztki jego były jeszcze widoczne w obrębie coraz więcej rozszerzającej się źrenicy. Wyznaję, że następnego dnia (15 maja) byłem formalnie zdumionym niezwykłym i nieoczekiwanym wyglądem lewego oka. Na biało porcelanowem tle wytworzonem przez łącznicę i białkówkę odbijała rogówka na całym obszarze ze zwiększonym blaskiem, bez śladów zmętnień i prawie zupełnie równą powierzchnią. W przedniej komorze nie było żadnych śladów wysięku, a źrenica była ad maximum rozszerzoną. Dopiero przy dokładnem badaniu lupą i bocznem oświetleniem mogłem się zoryentować w tem na pierwszy rzut oka nieco zagadkowem zjawisku. Okazało się bowiem, że z całej rogówki pozostała tylko zupełnie przezroczysta, silnie światło odbijająca tylna jej warstwa, błona Descemeta. Wewnętrzny rąbek rozszerzonej zupełnie źrenicy był zgrubiałym wskutek przylegania do brzegów tęczówki silnie skręconych, nierównych, żółtawych pasemek, widocznie pozostałości rozerwanej torebki soczewkowej. Całe dno komory ocznej w otworze źrenicznym było usiane ciemno bursztynowemi nieforemnemi drobnemi cząsteczkami rozpadłej, zwyrodniałej soczewki, przy wziernikowaniu dno oka nie przeświecało, a poczucie światła, jakkolwiek w bardzo słabym stopniu dotąd zachowanem, w dniu tym ostatecznie zaniknęło.

Przez cały powyższy przeciąg czasu wydzieliny z worka łącznicowego były nader ograniczone i przy zmianie opatrunków przedstawiały się w postaci przezroczystego gęstego śluzu, czasami z przymieszką pojedynczych drobnych blaszek,

oddzielających się z powierzchni rogówki. Zeskórniały wygląd łącznicy pozostawał dotąd bez zmiany, i dopiero po raz pierwszy 13 maja dostrzegłem w okolicy wewnętrznego kąta na miejscu przechodzenia jej w skórę nagle wytworzoną głęboką szczelinę, krwawiącą przy dotyku. Ostrożnie podejmując górną powiekę, której odwrócenie ze względu na stan oka było niemożliwe i zbyt ryzykowne, zauważyłem, że i na łącznicy powiekowej pojawiły się pojedyncze ziarninowe wyniosłości, przy zachowaniu jednak poprzedniego zmartwiałego wyglądu łącznicy gałki ocznej i zeskórnienia na dolnej powiece. Ogólny stan chorego był względnie zadowalniającym, zwłaszcza po uzyskaniu pewności, że prawe oko pozostanie w stanie sprawności. Lewe oko było zupełnie niebolesne, nawet przy dotykaniu, i chory niejednokrotnie mi oświadczał, że bardziej odczuwa pod opatrunkiem uszkodzenia skóry powiekowej, aniżeli oka.

Opisany wygląd gałki ocznej z dnia 15 maja, utrzymywał się do 17 maja prawie bez zmiany, następnie zaś na przestrzeni odpowiadającej szparze powiekowej. Przezroczysta błona Descemeta poczęła w środkowej swej części wydymać się, wystając ku przodowi w postaci poprzecznego pasa. Następnych dni przezroczystość jej coraz więcej zanikała, wystawanie ku przodowi zwiększało się, a jednocześnie zmarszczała się i malała cała gałka oczna. Ostatecznie uległa zupełnemu rozpadomi i błona Descemeta, a przednią część gałki ocznej, odpowiadającą rogówce stanowiła tęczówka pokryta wysiękowemi nalotami i zmartwiałemi resztkami błony Descemeta. Zmarszczanie się gałki ocznej stawało się coraz widoczniejszem, na łącznicy występowały ziarninowe rozrosty, załamki jej coraz więcej wypełniały się ziarniną i powolnie następowało zrastanie się łącznicy powiekowej ze znacznie zmniejszoną lewą gałką oczną. Gdym wyjeżdżał czasowo z Kijowa w połowie czerwca, cała ta sprawa zabliźniania znajdowała się jeszcze w pełnym biegu. Oglądając następnie chorego dopiero w drugiej połowie sierpnia, znalazłem zupełne zrośnięcie obu brzegów powiekowych z szczątkową gałką oczną, a także głębokie zaklęśnięcie rowka pod łukiem brwiowym. Przez po-

wiekę wyczuwała się gałka oczna mniej więcej wielkości orzecha laskowego, przy ucisku palcami miękka i niebolesna Choremu dokuczało tylko łzawienie z lewego oka, które rzeczywiście przesączało się u wewnętrznego kąta dość obficie. Z biegiem czasu, widząc chorego zimową porą dowiedziałem się, że łzawienie to o wiele się zmniejszyło, a prawe oko zachowuje się najzupełniej prawidłowo, pozwalając mu dalej zawodowo pracować.

(Dok. nastąpi).

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Archives d'Ophtalmologie. R. 1907. (Ref. K. W. Majewski).

Nr 3.

O znamionach klinicznych i patologicznych nieżytu wiosennego. (Clinique et anatomie pathologique du catarrhe printanier). Pacheff.

Nieżyt wiosenny zdarza się w Bułgaryi względnie często. W ostatnich 7 latach na oddziele ocznym szpitala Aleksandra w Sofii spostrzegano 93 przypadki tej choroby. Autor poddał przypadki te wszechstronnemu badaniu pod względem klinicznym, jakoteż anatomo-patologicznym i doszedł do wniosków następujących:

1) Wśród zmian, występujących zwłaszcza na rąbku spojówkowym na pierwszy plan wysuwają się zmiany naczyniowe, polegające na zgrubieniu ścian naczyń, na bujaniu komórek śródbłonkowych, przytem gałązki naczyniowe nowo wytworzone dochodzą aż do warstwy przybłonkowej. Uderza również dyapedeza leukocytów, które tworzą rodzaj płaszcza dookoła naczyń.

2) W zależności i wskutek rozrostu naczyń przychodzi po dłuższym czasie do wytworzenia tkanki włóknistej, zawierającej także włókna elastyczne. Tkanka ta uzyskuje wreszcie przewagę nad innemi, stanowiąc ostateczną zmianę, do jakiej cierpienie prowadzi.

3) Skoro choroba zaczyna się od naczyń, to wnosić należy, że przyczyną jej jest jakiś czynnik oddziaływający szkodliwie na ściany naczyniowe.

4) Usposobienie limfatyczne (zołzowe) zwiększa wprawdzie skłonność do nieżytu wiosennego, ale zdaniem autora ani zołzy, ani żadna inna skaza ustrojowa ogólna nie stanowi wyłącznej przyczyny tego cierpienia. Z przyczyn miejscowych światło słoneczne pozostaje niewątpliwie w ścisłym zwiazku z tą chorobą oczną, i albo zwiększa jej nasilenie, albo przynajmniej przy istniejącej skłonności przyspiesza jej powstanie.

O ulepszeniu podkładu dla protezy ocznej przez wszczepienie oka króliczego. (De l'amélioration de la prothèse oculaire par la greffe d'un oeil de lapin). Lagrange.

Autor zastrzega się przeciwko temu, jakoby jego operacya miała mieć na celu zastąpienie oka wyjętego okiem przeszczepionem pod względem kosmetyki i zewnętrznego wejrzenia. Jego zamiarem było tylko ulepszyć podkład, względnie stworzyć żywy, dostatecznie duży i możliwie ruchomy kikut dla protezy ocznej. Doświadczenia na operowanych przez siebie przypadkach pouczyły go, że oko przeszczepione po upływie tygodni i miesięcy zmniejsza się co do swej objętości i na to z góry liczyć potrzeba. Potem jednak dalszym już nie ulega zmianom. W wyjątkowych tylko przypadkach zanik wszczepionej gałki postępuje dalej i prowadzi do zupełnego wessania oka, przez co oczywiście czynnik operacyi zostaje unicestwiony. Jest to też jedyny zarzut, który Lagrange przyjmuje i za słuszny uważa. W przeważnej jednak większości przypadków przeszczepienie daje wynik zupełnie zadowalniający. W obecnym artykule podaje on opis przypadku operowanego przed 28 miesiącami, w którym wszczepione oko królicze dziewczynce 9 letniej zmalało wprawdzie o $^1/_3$ swej objętości w pierwszych miesiącach po operacyi, od tego czasu jednak wcale się już nie zmienia. Jest dostatecznie twarde, niebolesne i wybitnie ruchome. Artykuł illustrują 3 fotografie operowanej dziewczynki.

Zależność postaci równikowego obwodu soczewki od przyczepienia włókien więzadełka Zinna. (Influence d'insertion des fibres zonulaires sur la forme de l'équateur du cristallin). Terrien.

Już Magnus i Topolański wykazali, że obwód soczewki nie przedstawia gładkiego i regularnego łuku, lecz okazuje pewnego rodzaju falistość. Wedle Magnusa nierówności te mają zależeć od nagromadzenia się surowiczego płynu w niektórych miejscach pod torebką. Byłyby to zatem niejako przezroczyste pęcherzyki. Topolański przypisuje natomiast wypuklenia na równiku soczewki pociąganiu wywieranemu przez włókna więzadełka Zinna.

Autor na podstawie własnych badań mikroskopowych skłania się do tego ostatniego przypuszczenia, przekonał się bowiem, że wyniosłości na obwodzie soczewki ułożone są mniej więcej naprzemian z wyrostkami ciała rzęskowego, a więc naprzeciw zągłębień między tymi wyrostkami. Wiadomo zaś, że włókna więzadełka odchodzą właśnie od zagłębień ciała rzęskowego, dążą zatem wprost do wypukleń na obwodzie soczewki. W miejscach tych pod torebką nie znalazł autor wcale płynu surowiczego, lecz tylko składniki tkanki soczewkowej, ściśle do torebki przylegające. Widoczna zatem, że wypuklenia te są mechanicznem następstwem napięcia i pociągania ze strony włókienek więzadełka. Za tą hypotezą przemawia także i ta okoliczność, że nierówności na obwodzie soczewki w oczach nadmiarowych są znaczniejsze w miarowych i w krótkowzrocznych, co się tłomaczy wyższym stopniem napięcia akomodacyi.

Widzenie połowicze niezupełne z zachowaniem widzenia naosiowego, wskutek silnego urazu zadanego czaszce. (Hémianopsie incomplète ou anopsie en quadrant avec conservation des champs visuels maculaires à la suite d'un traumatisme grave du crâne). Schevensteen.

U pewnego murarza, któremu spadł na potylicę ciężara 30 kg. przyszło do załamania kości potylicznej ze znacznem uszkodzeniem kory mózgowej. Wyłamana część kości została usunięta, rana w oponie twardej oczyszczona, poczem wszystko zagoiło się, przez rychłozrost. Pozostał tylko pod blizną skórną otwór w kości przez który wyczuć można było tętnienie mózgu. Badanie wzroku wykazywało obustronnie prawidłową bystrość naosiową i prawidłowe dno oka, natomiast pole widzenia było na obu oczach lekko współśrodkowo zwężone, a prócz tego poczucie światła było zniesione w ubu dolnych lewych kwadrantach. Wycinki te szczytem swym nie dochodziły jednak do środka pola widzenia. Ponieważ ubytek dotyczył lewej strony każdego pola widzenia, czytanie nie sprawiało choremu żadnych trudności.

Źrenica skacząca w przypadku anizokoryi i zaburzeń naczynioruchomych połowy twarzy. (Hippus persistant coïncidant avec de l'inégalité pupillaire et des troubles vasomoteurs de la face). M. Roch.

Autor rozróżnia cztery różne typy skaczącej źrenicy: hippus, zależny od toru oddechowego, hippus rytmiczny, wywołany czynnością w tęczówce zawartych zwojów nerwowych hippus, zależny od ośrodków nerwowych, będący wygórowaniem prawidłowych ru-

chów źrenicy, wreszcie hippus, jaki powstaje w przypadkach porażeń nerwu okoruchowego w okresie powrotu do stanu prawidłowego. Autor spostrzegał u 67-letniej kobiety szybkie rytmiczne zmiany wielkości źrenicy: w dziesięciu secundach zwężała się źrenica średnio siedm razy. Długość jej średnicy wahała się między 3—5 mm. Równocześnie po tej samej stronie twarzy istniały objawy zadrażnienia nerwu współczulnego, które można było odnieść albo do zagęszczenia w szczycie płuc, albo do istniejącego także powiększenia gruczołu tarczykowego. Autor wprowadza w przypadku tym skaczącą źrenicę w związek przyczynowy z podrażnieniem nerwu współczulnego.

Nr 4.

O etyologii zeza. (De l'étiologie du strabisme). Lagrange i Moreau.

Na podstawie wielkiej liczby ścisłych spostrzeżeń doszli autorowie do przekonania, że w największej liczbie przypadków towarzyszą zezowi wady refrakcyi (81%). W tem prawie połowa (38%) nie wykazuje oprócz wady refrakcyi żadnych zgoła innych wpływów bądźto osobistych, bądź dziedzicznych, co do którychby w myśl istniejących teoryi odnieść można powstanie zeza. W pozostałych przypadkach (43%) oprócz wady refrakcyi dały się wykazać pewne skazy ogólne, zmiany w układzie nerwowym, obciążenie dziedziczne i inne podobne zaburzenia, którym można było przypisać rolę czynników usposabiających. Wreszcie w pozostałych przypadkach zez wywołany był wyłącznie bądź to przez dziedziczność, bądź też przez ogólne usposobienie neuropatyczne, bo badanie oczu samych, nie wykazywało żadnych błędów refrakcyi.

Sposób zapisywania różnych stanów refrakcyi i nastawienia oka. (La formule des états de réfraction et des mises au point de l'oeil). B. Straub.

Autor wykazuje, jak niewłaściwym jest sposób określania stopnia wady refrakcyi zapomocą liczby dyoptryi, opatrzonej znakiem + albo —. Myopię oznacza się powszechnie w artykułach okulistycznych i podręcznikach znakiem ujemnym, a hypernutropię znakiem dodatnim, choć znaki te odnosić się tylko mogą do szkieł wyrównawczych, są więc zatem sprzeczne z rodzajem wady. Autor zaleca prosty a zupełnie uzasadniony sposób określania i zapisywania wad refrakcyi i tak np. skyopię, wynoszącą 4 D wyraża symbolem: Em + 4 D. Istotnie bowiem w tym wypadku tamliwość oka jest o 4 D silniejsza od prawidłowej, hypermetropia

wynosząca np. 2 D oznacza wzorem: Em — 2 D. Ogólny wzór zatem dla wad refrakcyi będzie:

$$R = Em \pm n D.$$

Tensam sposób zapisywania nadaje się bardzo dobrze do określania niezborności, muszą być tylko podane kierunki osi głównych. Drobna ta reforma, jaką autor zaleca, ma zwłaszcza pod względem dyktatycznym niezaprzeczoną wartość, ułatwia bowiem studentom wdrażającym się dopiero w trudności optyki fizyologicznej zrozumienie tak istoty wad refrakcyi, jak i sposobu ich wyrównania.

Tymsamym przez autora podanym wzorem możemy wyrazić każde chwilowe nastawienie oka na punkt blizki, czyto zapomocą szkła, czy zapomocą wysiłków akomodacyi. Np. oko, które wpatruje się w punkt 20 cm. odległy okazuje łamliwość: Em + $5{,}_0$D. Takie przedstawienie rzeczy może nam ułatwić objaśnienie pojęcia *puncti proximi* i szerokości akomodacyjnej.

O pewnej mało znanej postaci zaćmy powikłanej. (Sur une forme peu connue de cataracte compliquée). Purtscher.

Autor podaje opis 4 spostrzeżeń własnych niezwykłej postaci zaćmy u czterech osób, z których trzy stanowią rodzeństwo. U wszystkich uderzała twardówka swoją cienkością z powodu której przeświecała barwą siną. Przednia komora niezwykle głęboka, tęczówka o rysunku zupełnie zatartym okazywała na przedniej powierzchni jednę tylko okrężną zmarszkę. Soczewka szarobiałej barwy zaćmiona bądź to całkowicie, bądź też tylko w zakresie warstwy korowej. Wiek chorych dochodził do lat 30. Autor wprowadza zmiany oczne w związek przyczynowy z drgawkami, które chorzy jego w dzieciństwie mieli przechodzić. Przebieg operacyjny po większej części nie był prawidłowy. Już przy operacyi przychodziło do wypływu rozwodnionego ciałka szklistego, a potem występowały objawy zapalne *(cyclitis)*, jaskrowe, a wreszcie oderwanie siatkówki. Powikłania te przypisać należy nieprawidłowym stosunkom anatomicznym.

O torbielach przybłonkowych spojówki (Des cystes épithéliaux de la conjonctive). Cosmettatos.

Torbiele przybłonkowe spojówki mogą powstawać na różnej drodze. Istnieją też różne teorye, odnoszące się do ich patogenezy. I tak mogą to być odsznurowane gruczoły Krausego, albo zmienione gruczoły rzekome Henlego. Rogman i Ginsberg przypuszczają powstanie torbieli drogą przewlekłego zapalenia spojówki. Bałłaban objaśnia powstanie licznych torbielków w dolnym za-

łamku spojówkowym przez wrośnięcie wypustek przybłonkowych w tkankę podspojówkową i rozpływ środkowych komórek, wypełniających te wypustki. Autor na podstawie własnych badań mikroskopowych skłania się do przypuszczenia Rogmana, że przewlekły stan zapalny powoduje przerost i zmarszczenie się warstwy przybłonkowej. Brzegi powstałych w ten sposób zmarszczek, porozdzielanych głębokimi nieraz rowkami i zaułkami w miarę dalszego przerostu stykają się ze sobą, a wreszcie pod wpływem sprawy zapalnej zlepiają i zrastają się zupełnie. Odcięte w ten sposób rowki i jamki wypełniają się wkrótce zatrzymaną wydzieliną, powiększają się przez to znacznie, tworząc w ten sposób mniejsze lub większe torbiele surowiczą lub śluzową treść zawierające.

Nr 5.

Wyłuszczenie guzów oczodołowych z zachowaniem gałki ocznej przez krzywolinijne cięcia skórne. (Extirpation de tumeurs orbitaires avec conservation de l'oeil, par les incisions cutanées curvilignes). Rollet.

Na podstawie trzech, operowanych przez siebie nowotworów pozagałkowych oczodołu wykazuje autor, że nie jest rzeczą konieczną uciekać się do sposobu Krönleina, ażeby dokonać doszczętnego wyłuszczenia guza z zachowaniem gałki ocznej. Robi on cięcie łukowate, skórne na odpowiedniej przestrzeni wzdłuż brzegu oczodołowego, najlepiej dołem zewnątrz, sięgające do samej kości, od której oddziela powięź oczodołową tak, aby się dostać pod załamkiem spojówkowym w głąb oczodołu i worka spojówkowego nie rozciąć. Po odchyleniu gałki ocznej zapomocą odpowiedniej łyżki bez przecinania mięśnia prostego zewnętrznego, można bez wielkiego trudu zoryentować się w częściach chorych i nowotwór wyłuszczyć. Jeżeli się cięcie robi od wewnątrz, wtedy trzeba odciąć bloczek mięśnia skośnego górnego, oraz odchylić ku dołowi woreczek łzowy. Cięcia w powyższy sposób wykonane pozwoliły autorowi dostać się narzędziami i dosięgnąć wzrokiem do najgłębszych części w samym szczycie lejka oczodołowego położonych.

Oko bielców. (L'oeil des albinos). Lagleyze.

Jest to pierwsza część większej monografii, w której autor gromadzi wszystkie nasze dotychczasowe wiadomości o bielactwie oka *(albinismus oculi)*. Rozpoczyna opisem prawidłowych stosunków rozkładu barwika w oku ludzkiem. U noworodków tęczówka bez wyjątku prawie posiada barwę niebieską. W pierwszym roku życia następuje zazwyczaj zmiana tej barwy. Po drugim roku życia zabarwienie tęczówki bywa ostateczne i przez całe dalsze życie

niezmienne. Do rzadkich wyjątków należy, ażeby tęczówka po 10 roku życia zmieniła jeszcze barwę, nie mówiąc oczywiście o przypadkach patologicznych. Co do barwika zawartego w siatkówce i naczyniówce, to służy on do zaczernienia powierzchni wnętrza gałki ocznej, co jest koniecznym warunkiem każdej optycznej ciemni. Brak barwika w oku może być zmianą miejscową, albo też częściowym objawem bielactwa ogólnego *(albinismus universalis)*, następnie może być zupełnym, jeśli barwika niema w oku wcale, lub częściowym, gdy gałka oczna jest tylko w barwik uboga. Następny rozdział poświęca autor historyi pojęć o bielactwie i o geograficznem rozmieszczeniu tej teratologicznej nieprawidłowości. Na podstawie całej dotyczącej literatury przychodzi on do wniosku, że klimat w powstaniu tej zmiany nie odgrywa żadnej roli, ani też barwa skóry zależna od rasy. Ztąd też bielców spotykamy we wszystkich częściach świata, we wszystkich podniebiach i wsród wszelkich ras ludzkich. Przy tej sposobności przytacza autor różne fantastyczne wierzenia ludów dzikich. Tak np. w niektórych okolicach Afryki istnieje przekonanie, że bielcy przychodzą na świat z kobiet czarnych zapłodnionych przez goryle, inne szczepy murzyńskie przypisują w tych razach ojcostwo dyabłu, którego wyobrażają sobie białym, dalej leśnym demonom, a nawet gwiazdom spadającym. Bielcy u ludów dzikich są w pogardzie. Murzyni córki swe wydają za nich niechętnie, tożsamo dziewczęta dotknięte bielactwem prawie nigdy nie znajdują mężów. W ostatnim ustępie tej części swej swej pracy przechodzi autor nomenklaturę bardzo różnorodną i klasyfikacyę poszczególnych przypadków bielactwa.

Składniki upostaciowane krwi, a rozpoznanie etyologiczne zapalenia tęczówki. (Les éléments figurés du sang. et le diagnostic étiologique des iritis). T e r r i e n i C a n t o n n e t.

Autorowie przytaczają 38 spostrzeżeń zapalenia tęczówki, w tem 19 przypadków *iritis* na tle przymiotu, 12 na tle ostrych zakaźnych chorób ogólnych, a 7 z innych przyczyn (gościec stawowy, urazy, zapalenie współczulne). We wszystkich tych przypadkach przeprowadzili dokładne badanie krwi, które wykazało w przypadkach syfilitycznych skład krwi odpowiadający wybitnej niedokrewności przy prawidłowej ogólnej ilości leukocytów, z przewagą jednakże leukocytów jednojądrzastych. W przypadkach zapalenia tęczówki w przebiegu lub po przejściu ostrych zapaleń ogólnych, ilość krwinek czerwonych nie jest zmniejszona, ale zachodzi wybitna leukocytoza, przyczem stosunek leukocytów jedno- do wielojądrzastych bywa niezmieniony, albo też ulega zmianie na korzyść wielojądrzastych. Wobec często spotykanych trudności rozpoznawczych,

gdy chodzi o etyologię niektórych przypadków zapalenia tęczówki przyczynek ten do badań klinicznych zaczerpnięty z badań ogólnych nie jest bez wartości.

Dalsze badania nad unerwieniem ruchowem tęczówki. (Contribution à l'étude de l'innervation motrice de l'iris). Dubois, Castelain.

Autorowie przeprowadzili szereg doświadczeń na psach i formułują następujące wnioski:

1) Równoczesne przecięcie nerwu współczulnego i okoruchowego jest warunkiem koniecznym i wystarczającym dla zniesienia odruchowego zwężenia źrenicy przez podrażnienie jakiegoś nerwu czuciowego, czy też kory mózgowej.

2) Wynika z tego, że nerw trójdzielny jako czuciowy nie odgrywa w wywiązaniu tego odruchu żadnej roli.

3) Podrażnienie prądem elektrycznym nerwu okoruchowego w miejscu, gdzie on z podstawy mózgu wychodzi wywołuje zwężenie źrenicy.

Die Ophthalmologische Klinik. R. 1907. Nr 11 i 12. (Referent K. W. Majewski).

O przebiegu pierwszego badania przypadków ambulatoryjnych. (Ueber den Gang der Erstuntersuchung ambulanter Fälle). Krusius z Marburga.

Wobec wielkich postępów, jakie w ostatnich czasach poczyniła metodyka badania okulistycznego, jest rzeczą bardzo pożądaną, a przy większym ruchu chorych wprost konieczną przyzwyczaić się do zachowywania stałego i niezmiennego porządku i stałej kolei, w jakiej się poszczególne sposoby badania przechodzi. Inaczej łatwo pominąć niejeden ważny szczegół, przez co powstają braki w historyach i opisach chorób. Braki takie, pomijając już to, że mogą być przyczyną niedokładnego lub niezupełnego rozpoznania, niemile przedewszystkiem odczuwa ten, kto na podstawie materyałów klinicznych ma potem opracować jakiekolwiek zagadnienie naukowe. Autor podaje wzór drukowanych szematów, jakie obowiązują w marburskiej klinice okulistycznej. Szematu takiego trzymać się tam muszą asystenci, elewi i praktykanci przy pierwszem badaniu wszystkich chorych, u których cierpienie nie ogranicza się do zmian zewnętrznych, lub dodatkowych części oka, lecz gdzie chodzi o zmiany czynnościowe, zmiany na dnie oka, błędy refrakcyjne,

zaburzenia nerwowe etc. Szemat marburski składa się z dwóch wzorów: Pierwszy zawiera rubryki, które w każdym przypadku muszą być wypełnione, jak: badanie wzroku, refrakcyi i akomodacyi, badanie astygmometryczne, zapomocą wziernika, zapomocą skiaskopii, badanie źrenic sposobem Bacha etc., drugi zaś obejmuje sposoby badania, które należy przeprowadzić warunkowo, zależnie od rodzaju choroby i innych szczegółowych wskazań. Tu np. należy badanie pola widzenia, poczucia barw, badanie równowagi mięśniowej metodą Maddoxa, badanie zapomocą lupy Westien-Zehendera. Podział na te dwa wzory ma tę dobrą stronę, że z jednej strony wyklucza przy pilności i dobrych chęciach personalu rażące braki w historyach chorób, z drugiej zaś strony nie krępuje badających zbytnio i nie naraża ich na niepotrzebną stratę czasu.

Leczenie surowicami i fermentami metalicznymi w okulistyce. (Serothérapie und die Metall-Fermente in der Augenheilkunde) Darier.

Autor, który się mieni nowatorem na polu lecznictwa okulistycznego i propagatorem nowych środków i nowych sposobów leczenia, omawia w tym artykule głównie wartość surowic uodporniających, jakie w ostatnich czasach zaczęto używać także w okulistyce. Pierwsze miejsce zdaniem jego zająć musi surowica przeciwbłonicza Behringa i Roux'a, którą wstrzykuje we wszystkich przypadkach błoniczych, lub nawet rzekomo błoniczych zapaleń oka, z jednej strony jest ona bowiem zupełnie nieszkodliwą, a z drugiej skuteczność jej w błonicy została już dowiedzioną po nad wszelką wątpliwość. Co więcej przekonał się D. o niezmiernie korzystnym wpływie surowicy przeciwbłoniczej także w przypadkach zakażenia całkiem innej natury. Tak np. nie mogąc na czas dostać przeciwpneumokokowej surowicy Roemera zastosował w całym szeregu przypadków wrzodów pełzających rogówki surowicę Roux'a, i skutek był równie pomyślny. Innym razem w przypadkach zakażenia wnętrznego ciała szklistego po operacyi zaćmy, to znów w przypadku głębokiego zranienia gałki ocznej, powikłanego zakażeniem, surowica przeciwbłoniczna odrazu zmieniła korzystnie groźny obraz choroby.

Autor wnosi z tego, że swoistość surowic nie jest koniecznym warunkiem ich leczniczej skuteczności.

W przekonaniu tem utrwaliło go jeszcze inne ryzykowne nawet doświadczenie, jakie mimowoli na pewnym swym chorym wykonał. Oto przez pomyłkę aptekarza zastosował zamiast suro-

wicy przeciwbłoniczej surowicę przeciwtężcową, ale mimo tego wpływ tej ostatniej na przebieg zakażenia ocznego okazał się równie zbawiennym. Te dziwne napozór fakty objaśnia D. w następujący sposób: Wprowadzenie do krwiobiegu środków uodparniających tkanki przeciw tak silnym jadom, jak jad błoniczy lub tężcowy sprawia, że ustrój wytwarza nietylko swoiste, ale wszelakie inne niweczniki zdolne do skutecznej walki z różnego rodzaju zakażeniami. Z tego wynika, że surowica Roux'a najskuteczniejsza oczywiście w błonicy, okazuje się jednak nie mniej skuteczną w zakażeniach ropnych rzeżączkowych i w różnych infekcyach mięszanych. W dalszym ciągu staje autor w obronie nowej tuberkuliny TR, którą, zdaniem jego, niesłusznie potępiają liczni badacze, zna bowiem przypadki gruźlicy ocznej z literatury i z własnego doświadczenia, gdzie tuberkulina i pod względem rozpoznawczym i pod względem leczniczym dobre oddała usługi. Nakoniec poświęca kilka uwag śródżylnym wstrzykiwaniom kollargolu, podając, że wstrzykiwaniami temi ma zwyczaj uzupełniać leczenie surowicze zakaźnych zapaleń ocznych. Dodać wreszcie należy, że mimo całego zaufania do surowicy przeciwbłoniczej i do następowych wstrzykiwań kollargolu, nie zaniedbuje nigdy energicznego leczenia miejscowego.

Przypadek załamania rogówki. (Ein Fall von Infractio corneae). K. W. Majewski.

Ogłoszone po polsku w »Postępie okulistycznym«. R. 1906. Nr 11.

Podrażnienie zapalne tęczówki i ciała rzęskowego po zaszczepieniu ospy. (Iridozyklitische Reizung nach Vakzination). Michaeler.

Z powodu panującej w okolicy epidemii ospy dał się pewien 56-letni mężczyzna zaszczepić. Ospa przyjęła się, dostał miernej gorączki, a we dwa tygodnie wystąpiły objawy zapalne na oku lewem: światłowstręt, łzawienie, nastrzyknięcie rzęskowe, zwężenie źrenicy i bardzo znaczna bolesność dotykowa. Nazajutrz przyłączył się do tego dość znaczny obrzęk spojówki gałkowej. Wszystkie te objawy pod wpływem ciepłych okładów i leczenia dyetetycznego w ciągu kilku dni ustąpiły, a równocześnie ustąpiło podniesienie ciepłoty, podniesienie tętna, oraz ogólne osłabienie. Wobec braku jakichkolwiek poszlak co do kiły i innych chorób ogólnych, mogących stanowić tło dla takiego zadrażnienia tęczówki i ciała rzęskowego wprowadza autor cierpienie oczne w związek przyczynowy z dokonanem szczepieniem ospy.

Ze spostrzeżeń lekarskich chirurgicznych i anatomicznych Laurentego Heistera. Rostok 1753. (D. Laurentius Heisters medizinische, chirurgische und anatomische Wahrnehmungen. Rostock 1753), Alexander z Norymbergi.

Jest to przyczynek do historyi pojęć o istocie zaćmy. Autor przytacza dosłownie spostrzeżenie zrobione przez Heistera w r. 1709, a ogłoszone dopiero w r. 1753, na mocy którego dowiódł on, wbrew panującemu wówczas przekonaniu, jakoby zaćma była błonką, wydzieloną przez ciecz wodną i zasłaniającą źrenicę, że zaćma nie jest niczem innem, jak tylko soczewką, która utraciła swoją przezroczystość. Spostrzeżenia tego dokonał Heister na pewnym żołnierzu, który zginął z ran odniesionych w bitwie, i u którego przed śmiercią rozpoznał zaćmę w jednem oku, a po śmierci oko to wyjął i zbadał anatomicznie. Zresztą Heister przyznaje, że już przed nim Börhave w Holandyi i dwaj Francuzi Maître Jean i Brisseau tensam fakt anatomiczny u człowieka i zwierząt stwierdzili.

Klinische Monatsbl. f. Augenheilkunde. 1907. Nr 2. (Referent Dr Liebermann).

O pierwotnej gruźlicy spojówki gałki ocznej. (Primäre Tuberculose der Conjunctiva bulbi). W. Reis.

W przeciwieństwie do gruźlicy spojówki powiekowej, która rozwija się w postaci pojedynczych, rozsianych gruzełków gruźlica spojówki gałki ocznej występuje zazwyczaj jako jednolity naciek. W ogóle o ile gruźlica spojówki gałki, jako następstwo schorzenia okolicznych części jest zjawiskiem dosyć częstem, to pierwotną gruźlicę spojówki gałki ocznej spotyka się stosunkowo rzadko. Taki przypadek pierwotnej gruźlicy spojówki gałki opisuje autor u 16-letniej dziewczyny. Powstał u niej jednolity naciek na twardówce, a badanie mikroskopowe wyciętego skrawka wykazało gruźlicę.

O paliatywnej trepanacyi czaszki w przypadkach nieuleczalnych nowotworów mózgowych celem zapobieżenia ślepocie. (Ueber die Palliativtrepanation bei inoperablen Hirntumoren zur Vermeidung drohender Erblindung). A. Saenger.

W przypadkach nowotworów mózgowych, w których operacya radykalna jest niemożliwą radzi autor trepanować czaszkę, by tym sposobem zmniejszyć ciśnienie śródczaszkowe. Zwłaszcza w przy-

padkach tworzącej się już tarczy zastoinowej zabieg powyżej wspomniany doniosłe ma znaczenie, gdyż zastoina z gałek ocznych znika, a wzrok się poprawia. Jako miejsce najodpowiedniejsze do operacyi jest, zdaniem autora *os parietale*.

Rzadki obraz dna ocznego. (Ein seltener Augenspiegelbefund). P. Knapp.

U 11-letniej dziewczynki stwardniały naczynia naczyniówki w okolicy plamki żółtej otaczając ją na kształt *caput Medusae.* Etyologii cierpienia autor wykazać nie był w stanie.

Dwa przypadki amblyopii z powodu zatrucia z okresową zupełną ślepotą, lecz nie na tle zatrucia nikotyną lub alkoholem. (Ueber 2 Fälle von chronischer Intoxikations-Amblyopie, mit vorübergehender vollständiger, aber nicht durch die Alcoholresp. Taback - Intoxication bedingter Erblindung nebst Sectionsbefund). T. Tojoda.

Autor opisuje przypadki oślepnięcia. Przyczyną śmierci w pierwszym z nich było zapalenie otrzewnej, w drugim rak żołądka. Jady powstające w ustroju były przyczyną ślepoty.

Badania kliniczne nad nawrotami erozyi. (Klinische Studien zur Frage der recidivierenden Erosion). Kaufmann.

Mimo najodpowiedniejszego leczenia erozya daje często nawroty. Przez odpowiednie leczenie można jednakże ilość nawrotów zmniejszyć. W tym celu autor zaleca następujący sposób leczenia. Przedewszystkiem usunięcia z leczenia tego cierpienia kokainy, jako środka szkodliwie na przybłonek rogówkowy działającego. W przypadkach świeżego zranienia usunięcie resztek uszkodzonego przybłonka, dionina, opatrunek, etc. W przypadkach nawrotów usunięcie przybłonka z chorego miejsca, pędzlowanie chorego miejsca świeżą nierozcieńczoną wodą chlorową, a dalsze leczenie jak świeżej erozyi. Dopiero jeżeli ten sposób postępowania nie prowadzi do celu, galwanokaustyka.

O nieprawidłowym przyczepie wewnętrznego mięśnia prostego oka. (Ueber eine abnorme Insertion des Rectus internus). Prof. B. Wicherkiewicz.

Ogłoszone po polsku w Postępie okulistycznym (R. 1906. Z. 10. str. 309).

Wiener Medic. Wochenschrift. Nr 24. (Ref. Dr Piotr Geisler).

Widzenie mgliste u chorych na jaglicę. (Das Nebelsehen der Trachomatösen). Dr Falta.

W wielkiej ilości przypadków chorzy na jaglicę nie widzą dobrze, chociaż rogówka i środki łamiące są czyste. Dotychczas nie zwracano baczniejszej uwagi na zaburzenia w widzeniu tylko dlatego, ponieważ jaglica występuje po największej części u ludzi biednych, których wymagania co do dokładnego widzenia są skromne Zaburzenia te występują w ten sposób, że chorzy wszystko widzą zamglone. Część ich widzi stale jakby przez mgłę, inni tylko czasowo, np. rano po przebudzeniu albo ku wieczorowi. Przy przedmiotowem badaniu znajdujemy, że zresztą przezroczysta rogówka traci swój jasny połysk a także odblask nie jest tak żywy jak na zdrowem oku. Przy dobrem ogniskowem oświetleniu widzimy szczególnie u bardziej mglisto widzących, że rogówka jest delikatnem zmętnieniem pokryta. Drugi szczegół występuje przy wziernikowaniu, a mianowicie dno oka jest zawsze przyćmione. Badanie na kolory wykazało, że tacy chorzy nie rozróżniają koloru jasno-niebieskiego od szarego. W miarę poprawienia się stanu chorobowego wyjaśnia się również dno oka i chory lepiej widzi, a po wyleczeniu jaglicy znikają również zaćmienia na dnie oka.

W przypadkach, w których na obydwóch oczach jaglica jest jednakowo rozwinięta występuje zwykle widzenie mgliste w równej mierze, a peryodyczne widzenie mgliste występuje w obydwóch oczach w jednym czasie i trwa jednakowo długo. Zdarza się jednak, że jakkolwiek oczy są w jednakowym stopniu chorobowo zajęte, występuje trwałe widzenie mgliste w różnym stopniu i wskutek tego widzenie na obydwóch oczach jest nierównomiernie obniżone. Może się także zdarzyć, że peryodyczne widzenie mgliste na obydwóch oczach w różnych okresach czasu występuje, albo występuje tylko na jednem oku.

Autor się przekonał na licznych przypadkach, że widzenie mgliste tem silniej występowało i trwało dłużej, im bardziej spojówka gałkowa była chorobowo zmieniona.

Zmętnienia rogówkowe polegają na drobnokomórkowym nacieku warstwy przybłonkowej rogówki. Autor tłumaczy sobie to peryodycznie występujące widzenie mgliste w ten sposób, że produkty bakteryologiczne dążą do warstwy rogówkowej i zaćmiewają ją, a następnie zostają wessane.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

1. Paryzkie Towarzystwo okulistyczne.

Posiedzenie z 4-go grudnia 1906.

Terrien i Hubert. *Wrodzone obustronne przemieszczenie soczewki w trzech, względnie czterech pokoleniach.*

Autorowie przedstawiają 3 chore, babkę, matkę i córkę. U wszystkich stwierdza się obustronną *ectopia lentis congenita.* Soczewki przemieszczone są ku górze i na zewnątrz. Refrakcya w źrenicach w obrębie soczewki wynosi 18 do 20 (Mp.), po za granicami soczewki Mp. = 6—8 D. Innych nieprawidłowości wrodzonych oczy nie przedstawiają. Bystrość wzroku u chorych obniżona w granicach 0,1 do 0,2. Ojciec babki miał również od dzieciństwa źle widzieć, tożsamo jej siostra. Wskazuje to, że taka sama wrodzona zmiana zachodziła w dawniejszych pokoleniach tej rodziny. Ze względu na brak włókienek więzadełka Zinna w części źrenicy bezsoczewkowej należy u tych chorych przyjąć za przyczynę ektopii zaburzenie w rozwoju tegoż więzadełka. W przeciwieństwie do zwichnięcia urazowego, które łączy się zazwyczaj z zaćmieniem soczewki, tu we wszystkich przypadkach soczewka była przezroczystą. Z tego powodu uważają autorowie wszelki zabieg operacyjny za przeciwwskazany.

W dyskusyi przytacza Terson przypadek przez siebie spostrzegany obustronnego wodoocza *(buphthalmus)* ze zwichnięciem soczewek ku górze zewnątrz. Matka chorego okazuje wodoocze bez zwichnięcia. Wielka śmiertelność dzieci w rodzinie przedstawionej przez Terrien'a nasuwa podejrzenie, czy nie zachodzi tu przymiot dziedziczny dający tak często powód do powstawania wrodzonych nieprawidłowości.

Blanluet i Caron. *Porażenie mięśnia odwodzącego po znieczuleniu lędźwiowem stowainą.*

U 51-letniego chorego, który nigdy nie przechodził kiły, ale cierpi na nerki wykonano operacyę guzów krwawnicowych w znieczuleniu lędźwiowem zapomocą stowainy, wstrzykniętej w ilości 0,05 g. Bezpośrednich objawów zatrucia nie było. Piątego dnia po operacyi wystąpiły bóle w karku i głowie i utrzymywały się przez dni 14. Ósmego dnia dostał chory wymiotów i wnet potem zaczął się skarżyć na podwójne widzenie. Badanie wykazało obustronnie prawidłową bystrość wzroku i refrakcyę, a tylko porażenie nerwu odwodzącego oka lewego i odpowiednie dwuwidzenie równoimienne.

Wobec braku jakichkolwiek innych danych etyologicznych trzeba porażenie to odnieść do znieczulenia stowainowego. Dotąd ogłoszono w niemieckiej literaturze 10 podobnych przypadków, z których 9 odnosi się do porażenia nerwu odwodzącego w następstwie znieczulenia lędźwiowego zapomocą stowainy lub też nowokainy. W przypadku autora stan w ciągu 10 dni się poprawił, a potem utrzymywał się do końca obserwacyi bez zmiany.

W dyskusyi Péchin objaśnia bliżej mechanizm powstania tej zmiany chorobowej przez działanie stowainy, rozpuszczonej w płynie mózgordzeniowym na jądro nerwu odwodzącego u podstawy mózgu.

Monthus. *Keratitis interstitialis annularis w przebiegu zakaźnego gośćca stawowego.*

U 21-letniego młodego człowieka wystąpiła obustronna *keratitis interstitialis annularis.* Naciek pierścieniowaty uległ szybko rozpadowi i zamienił się na okrężne owrzodzenie. Tę postać zapalenia miąższowego rogówki opisał pierwszy Voisin. Pfister i Grünert spostrzegali również podobne przypadki, a mianowicie wrzodziejący rozpad nacieków. Chory przedstawiony cierpi równocześnie na bardzo bolesną *polyarthritis* dużych stawów i okazuje zmiany w sercu, a zarazem objawy kiły dziedzicznej.

Rochon Duvigneaud przedstawia preparaty skrzyżowania nerwów wzrokowych z przypadku wodogłowia z zupełną ślepotą.

Terson. *Rokowanie w przypadkach mięsaka barwikowego naczyniówki.*

W rokowaniu ma tutaj sprawa przerzutów daleko większe znaczenie niż sprawa nawrotów miejscowych. Terson operował 10 przypadków mięsaka barwikowego przez wyłuszczenie. oka z głębokiem wycięciem nerwu wzrokowego, z tegoż 6 przypadków mógł spostrzegać dłużej niż przez lat 3. Jeden chory, u którego nawet dość późno operacya została wykonana, cieszy się już dziesiąty rok dobrem zdrowiem. W innym przypadku już w rok po enukleacyi wystąpiły przerzuty w wątrobie. Inni są dotąd zdrowi. Widać z tego, że można po należycie wykonanej operacyi w pewnej ilości przypadków spodziewać się trwałego wyleczenia. Zachodzą tu niewątpliwie osobnicze różnice, bo nieraz najbardziej rozrośnięte mięsaki dają pod względem utrzymania życia dobre wyniki po enukleacyi. Następujące okoliczności mają dla rokowania rozstrzygające znaczenie: 1) Barwa. Silnie barwikiem przeładowane, melanotyczne mięsaki dają o wiele gorszą prognozę niż mięsaki bezbarwne *(leucosarcomata).* 2) Budowa histologiczna. Mięsakio krągło-

komórkowe są najniebezpieczniejsze. 3) Okres choroby w czasie operacyi. Operacya we wczesnym okresie może zapewne ochronić od miejscowych nawrotów, ale zabezpieczenia przeciw przerzutom nie daje niestety najwcześniej nawet wykonany zabieg. 4) Rodzaj i sposób operacyjnego zabiegu. Terson poleca wyłuszczenie gałki ocznej z głębokiem wycięciem nerwu wzrokowego. 5) Wiek chorych. Wbrew twierdzeniom Hill-Griffitha u osobników młodych istnieje o wiele większa skłonność do przerzutów niż u starszych. 6) Zawartość glikogenu w nowotworze. Wykazanie glikogenu w postaciach barwikowych o wiele trudniejsze niż w mięsakach bezbarwikowych, nie udaje się czasem wcale, bo nowotwory te nie zawierają go czasem zupełnie, lub tylko w początkowych okresach swego rozwoju.

W dyskusyi opowiada Péchin o 75-letnim chorym, któremu wyjął przed 18 laty prawe oko z powodu *melanosarcoma chorioideae*. Wkrótce potem wystąpił nawrót miejscowy w oczodole, gruczoły limfatyczne nie były jednak zajęte. Naciek nowotworowy został usunięty i od tego czasu operowany ma się zupełnie dobrze.

Cantonnement i Cérise. *Samoistnie powstałe aneurysma arteriovenosum orbitae.*

Kobieta 80-letnia. Wśród silnych bólów powstał nagle trzeszcz oka lewego. Badanie wykazało tętnienie wystającej gałki ocznej, którą można było przez jednostajny ucisk odprowadzić częściowo w głąb oczodołu. Auskultacya wykazywała w oczodole wyraźne szmery. W 3 tygodnie nagłe zejście śmiertelne. Sekcya wykazała jako przyczynę śmierci stwardnienie naczyń wieńcowych serca. W lewym oczodole między nerwem wzrokowym, a mięśniem prostym górnym *aneurysma arteriovenosum*, do którego od zewnątrz dochodzi rozdęty pień żylny. W kierunku ku *fissura orbitalis inferior* odchodzi od tętniaka workowaty uchyłek. *Carotis interna* w swym przebiegu przez *sinus cavernosus* okazuje ampułkowate rozszerzenie, przez co początek tętnicy ocznej przesunięty ku górze. W literaturze znane są tylko dwa podobne przypadki (Critchett i Morton).

Landolt. *Przedstawienie chorej ze szczególnego rodzaju zapaleniem spojówki.*

Chora cierpi od pewnego czasu na jednostronne zapalenie spojówki ze znacznym obrzękiem gruczołów przyusznych i podszczękowych. Cierpienie ogranicza się tylko do górnej powieki, rozwinęło się szybko i bez bólów. Bakteryologiczne badanie wydzieliny dało wynik ujemny. Autor zamierza wyciąć kawałek spojówki dla zbadania histologicznego.

Jocqs. *Szczególna postać zapalenia twardówki.*

23-letnia dziewczyna zgłosiła się do leczenia z powodu małego guzka sklerytycznego. Guzek znajdował się w odległości 6—7 mm od brzegu rogówki, był wielkości małego ziarna grochu, a powstał szybko bez bólów. Spojówka w okolicy guzka była lekko nastrzyknięta. Rogówka i tęczówka bez zmian. Żadnego obciążenia dziedzicznego. Wywiady w kierunku przebytych chorób ujemne, w szczególności kiła wrodzona lub nabyta wykluczone. Zastosowano maść żółtą. W miesiąc później wygląd oka znacznie się zmienił. Pierwotny guzek wyraźnie się powiększył, a powyżej i poniżej powstały 4 nowe guzki ułożone na łuku równoległym do brzegu rogówki. Guzki te sino-czerwone okazywały na samym szczycie barwę białawą. Spojówka pomiędzy nimi nastrzyknięta. Nie okazują ani samoistnej, ani dotykowej bolesności. Tęczówka i rogówka bez zmian, gruczoły limfatyczne niezajęte. Przyroda cierpienia nie jest jasną. Być może zachodzi tu zapalenie twardówki na tle reumatycznem. Autor zalecił jednak na wewnątrz rtęć, a miejscowo adrenalinę. Stan oka nieco się poprawił.

W dyskusyi Terson zwraca uwagę, że każdy guzek zapalny w tkance przytwardówkowej można zeskrobać bez szkody dla chorego, aby uzyskać materyał do badania mikroskopowego.

Darier stwierdza u przedstawionej chorej znamiona kiły dziedzicznej na pierwszych zębach trzonowych. Za kiłą dziedziczną przemawia także zaznaczająca się skuteczność rtęci.

Jocqs nie sądzi, żeby zeskrobanie ogniska episklerytycznego było dla oka zabiegiem zupełnie obojętnym. Darierowi odpowiada, że jedynie na nieprawidłowości zębów trzonowych nie opierałby jeszcze rozpoznania kiły dziedzicznej.

[Według Ophthalm. Klinik.] *K. W. Majewski.*

---

2. Z sekcyi okulistycznej X. zjazdu lekarzy i przyrodników we Lwowie.

W lipcu 1907 r. (Ref. Dr Rosenhauch).

Posiedzenie I. 22. VII. 1907. godz. 4. po poł.

Posiedzenie zagaja gospodarz sekcyi okulistycznej Prof. Machek. Wita zebranych, cieszy się, widząc lekarzy ze wszystkich trzech zaborów, tak licznie zebranych, jestto dobrą zapowiedzią wyniku pracy tego zjazdu.

Na przewodniczącego pierwszego posiedzenia proponuje najgodniej-

szego ze wszystkich tu zebranych, który zarówno na polu pracy społecznej jak i naukowej położył nieocenione zasługi. Tym człowiekiem jest Radca Dworu Prof. Wicherkiewicz. (Burzliwe oklaski).

Na przewodniczących następnych posiedzeń proponuje: Drów Ziemińskiego z Warszawy, Niegolewskiego z Poznania, Kozłowskiego z Kijowa i Kolińskiego z Łodzi; na sekretarzy: Drów Bałłabana ze Lwowa i Macieszę z Płocka. (Przyjęto).

Przewodnictwo obejmuje R. Dw. Prof. Wicherkiewicz, dziękuje serdecznemi słowy za zaszczyt, że dostał mu się on w udziale od swoich. Sądzi, że pochlebne słowa Prof. Macheka niezasłużenie mu się dostały. Robi co może, czy wyniki są tak dodatnie, osądzanie nie do niego należy, ale to może zapewnić, iż mu na dobrych chęciach nie zbywa.

Siedm lat minęło od ostatniego zjazdu, widzi niestety, ilu od tego czasu ubyło w naszych szeregach: nie ma już dra Gałęzowskiego, dra Cywińskiego sen., dra Strzemińskiego, dra Rymowicza, który takie rokował dla nauki nadzieje i dra Talki Józefa, którego nie brakło prawie na żadnem naukowem specyalistów zebraniu, wreszcie teraz opuścił nas cichy pracownik dr Langie. Pamięć ich uczcili zgromadzeni przez powstanie. Po tem pośmiertnem wspomnieniu otwarł przewodniczący posiedzenie.

Na wstępie wygłosił:

1) R. Dw. Prof. Dr Wicherkiewicz z Krakowa swój referat: »Zespolenie sił okulistycznych polskich przez utworzenie Towarzystwa okulistycznego«, przemawiał mniej więcej tak:

»Długo okulistyka polska pozostawała w powijakach, zaledwie kilku ludzi wybitnych zajmowało się tą specyalnością, a i ci po większej części prace swe ogłaszali w pismach obcych, zwłaszcza, gdy własnego rodzimego nie posiadali. A jednak potrzeba nam rozwoju tej gałęzi wiedzy i sztuki lekarskiej na szerokich ziemiach polskich nietylko ze względów naukowych i humanitarnych, bo dzięki wzmagającemu się przemysłowi dzięki przyspieszonemu tętnu życia naszego mnożą się choroby tego najcenniejszego z naszych przyrządów zmysłowych, ale i ze względów patryotycznych. One to powinny na nas wkładać obowiązek czuwania nad tem, byśmy się nie dali wyprzedzić obcym, tak na stanowiskach naukowych i praktycznych, jakoteż i w stykaniu się z naszą ludnością, potrzebującą pomocy lekarskiej.

Już w r. 1884 na zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, gdzie pierwszą utworzyliśmy sekcyę okulistyczną na tym zjeździe, w pogawędce z tymi, po których dziś pozostało nam już tylko wdzięczne wspomnienie (Szokalski, Rydel, Talko), podjęliśmy myśl utworzenia Towarzystwa, ale teren był jeszcze nieprzygotowany, siły za słabe, bo pracowników za mało. Myśl ta podjętą została na nowo na sekcyi okul. na zjeździe krakowskim dn. 23 VII. 1900. Gdy dr Kramsztyk po stawieniu wniosku

prof. Macheka zmierzającego do zwalczania jaglicy tak w wojsku jak w kraju zaproponował utworzenie »Towarzystwa dla zwalczania jaglicy«, referent, proponując utworzenie Tow. okulistów polskich pragnął, by ono i powyższemi wnioskami zamierzone zadania objęło w swój program. Wniosek referenta był jednomyślnie przyjęty. Dr Talko idąc dalej zaproponował, by »Postęp okulistyczny« stał się organem Towarzystwa mającego się utworzyć, a wreszcie powierzono referentowi opracowanie statutu. Tenże uprosił sobie do komisyi statutowej dr Kramsztyka i prof. Macheka.

I upłynęło znowu lat siedm, nie powiem chudych, boć one pod względem okulistycznym zaznaczyły się pewnym dorobkiem, ale pod względem zabiegów utworzenia owego Towarzystwa, mającego rozprószone siły okulistyczne zespolić i wzmocnić.

Dziś zdaje mi się chwila nadeszła, gdzie nietylko możemy myśleć o utworzeniu Towarzystwa, ale gdzie się to stało już koniecznością. Liczba znakomicie przygotowanych okulistów znacznie wzrosła, posiadamy już dwie katedry okulistyczne, a da Bóg, przybędzie trzecia w Warszawie, prócz tego mamy dużo samodzielnych pracowników, a nowe pracownie okulistyczne przybywają. Potrzeba więc wymiany zdania, potrzeba zobopólnego porozumiewania się, potrzeba możności tłómaczenia tego, czego słowo pisane wytłómaczyć nie może dostatecznie. potrzeba sposobności pokazania wyników czy to nowego sposobu leczenia, czy też operowania wzgl. badania i t. d. Jednem słowem potrzeba nam środowiska naukowego, by rozprószone siły zjednoczyć do wspólnego dzieła, by nadać większego znaczenia naszym pracom, większej powagi naszej nauce. Ileż to takich prac prawdziwie ważnych pozostaje literą martwą właśnie dlatego, że nie doznały należytego objaśnienia żywem słowem, należytego zrozumienia i wyjaśnienia wątpliwych, czy sprzecznych rzeczy. Tłómaczyć korzyści Towarzystwa dziś, gdzie ich coraz więcej powstaje, a dawne coraz więcej się rozwijają, byłoby chyba zbytecznem w tem zgromadzeniu.

To też nie będę tracił słów, ale przypuszczając, że się Panowie wszyscy za utworzeniem Towarzystwa okulistycznego polskiego oświadczycie, przedkładam wypracowany przeze mnie, a później po porozumieniu się z dr Kramsztykiem częściowo zmieniony statut, którego bynajmniej nie uważam za idealny, a który chętnie poddaję i krytyce i zmianom, bo nie o ojca projektu chodzić nam powinno, ale o to, by to dziecko miało warunki rozwoju.

Na kilka atoli momentów chciałbym zwrócić uwagę: Mianowicie najprzód, by przynależenie było dozwolonem nietylko samym okulistom, ale każdemu interesującemu się tą nauką lekarzowi. Nawet ci, którzy rzecz traktują może nie naukowo, nieraz jako szarlatani, czasami z pozoru, czasami rzeczywiście, powinni być dopuszczeni do turnieju naukowego, nie powinni być wykluczeni. Wszak czytamy ich wywody, posłu-

chajmy więc ich, a wtenczas będziemy mieli sposobność sprostować, co niewłaściwe, zachęcić tam, gdzie chęci prawdziwej do pracy naukowej niema, lub też przeciwnie zły, wadliwy, takowa przybrała kierunek.

Powtóre, chodzi o miejsce zjazdów Towarzystwa. Sądzę, że przykład towarzystwa Heidelbergskiego, a dalej i tow. okulistów francuskich, zbierających się zawsze w tem samem miejscu i ustalonem raz na zawsze, już do naśladownictwa zachęcić powinien, gdyby tego była jeszcze potrzeba. Co do miejscowości inicyatywę postawić musimy innym.

Dalej chodziłoby o porę, która zjazdom towarzystwa najlepsze dawałaby widoki powodzenia. Sądzę, że wobec tego, że w miesiącu grudniu i styczniu ruch chorych ocznych stanowczo bywa najmniejszym, przynajmniej u nas, najprędzej nam się oddalić od domowych zagród, najprędzej zajęcia zawiesić można. Skoro siedliskiem Towarzystwa i zjazdów obierzemy którą ze stolic naszych, będzie to dla kolegów na prowincyi mieszkających zachętą przy tej sposobności zapoznać się czy to ze zbiorami naukowymi, artystycznymi, historycznymi, czy też by w teatrze odświeżyć ducha, uraczyć oko i ucho dobremi produkcyami.

W końcu jeszcze jedna uwaga. Rozwój towarzystwa a z niem rozwój nauki polskiej nie może się obyć bez własnego organu. W nim nietylkoześrodkowywać się powinny prace polskich warsztatów naukowych, ale organ ten powinien być zwierciadłem tego, co towarzystwo działa, a zarazem archiwum poważniejszych publikacyi polskich okulistów«.

W końcu referent rozdaje zgromadzonym odbitki statutu.

W dyskusyi zabierają głos:

Prof. M a c h e k: Myśl założenia takiego towarzystwa uważa za bardzo dobrą; proponuje wybrać komisyę złożoną z 5 członków: Drów Z i e m i ń s k i e g o, N i e g o l e w s k i e g o, B e d n a r s k i e g o, K o z ł o w s k i e g o i referenta, któraby się zajęła przejrzeniem projektu statutu i odpowiednie wnioski przedłożyła na posiedzeniu we środę dn. 24 lipca.

R. Dw. Prof. W i c h e r k i e w i c z zgadza się na ten wniosek.

Na wniosek Dra B a ł ł a b a n a listę podaną przez Prof. M a c h e k a przyjęto *en bloc* i wniosek uchwalono.

2) Dr K r a m s z t y k (Warszawa) »O wadach dzisiejszego mianownictwa i układu chorób w okulistyce i o potrzebie reformy«.

Z powodu nieobecności autora Prof. M a c h e k rozdaje między zgromadzonych odbitki, które Dr K r a m s z t y k wraz z usprawiedliwieniem przesłał na jego ręce. Prof. M a c h e k prosi o przeczytanie tej broszury i odkłada dyskusyę na jedno z następnych posiedzeń.

3) Dr Z i e m i ń s k i (Warszawa) Sprawozdanie o dotychczasowych pracach przygotowawczych »Walki ze ślepotą« warszawskiego Towarzystwa hygienicznego.

Przedstawia kwestyonaryusz w sprawie ślepoty. W obszernem sprawozdaniu, w którem porównuje dane statystyczne co do ślepoty dochodzi

do wniosku, że w Królestwie Polskiem ilość ociemniałych, nawet mimo poważnych braków w hygienie nietylko w porównaniu z Rosyą, ale nawet w porównaniu z niektórymi krajami kulturalnymi ma mniejszą odsetkę. Mimo to walkę ze ślepotą w Królestwie Polskiem uważa za naglącą, albowiem w całej Europie—prócz Rosyi—jedynie tylko Królestwo Polskie wyróżnia się tem, że ślepota zamiast, żeby się z biegiem czasu zmniejszała, przeciwnie wyraźnie się rozszerza. Na 100,000 mieszkańców liczba ślepych wynosiła:

W Królestwie Polskiem .	w r. 1886 — 70	w r. 1896 — 75
» Galicyi	» » 1880 — 88	» » 1900 — 66
» Szląsku austryackim .	» » » — 85	» » » — 44
» » pruskim . . .	» » » — 84	» » » — 64
» W. Ks. Poznańskiem .	» » » — 83	» » » — 71

Latające oddziały okulistyczne nie wiele pomagają. Zło jest nie okresowe, a więc i pomoc nie powinna być okresową. Dlatego proponuje: zakładanie szpitali i ambulatoryów na prowincyi, praktyczne kształcenie lekarzy i reformę nauki okulistycznej w uniwersytetach, zdążającą w kierunku więcej praktycznym a nadto zakładanie sanatoryów jaglicowych pozamiejskich*).

W dyskusyi zabierają głos:

R. Dw. Prof. Wicherkiewicz zapytuje prelegenta, czy w statystyce ociemnień np. z powodu zaniku nerwów uwzględniono etyologię. Mogły tu bowiem działać różne czynniki, jak np. kiła, kleszcze użyte podczas porodu, środki używane w czasie ciąży (opiaty) i porodu (sporysz), i in. Ma to też różne znaczenie ze względu na profilaktykę.

Prof. Machek nie dziwi się, że o dokładną statystykę w Rosyi trudno, ze względu na stosunki tam panujące. I w Galicyi robiono statystykę ociemnień; graficzną statystykę wystawiono w głównym pawilonie wystawy. Mimo to, że ma się w Galicyi do czynienia z ludźmi inteligentniejszymi, trudno jest o etyologię, bo ludzie ci często podają do Namiestnictwa przez wójta, że ociemnieli bez podania przyczyny. Nadto często zachodzą symulacye w celach żebractwa. Czasem zaś przy najlepszych chęciach i chorego i lekarza nie można dojść prawdziwego powodu ślepoty. Dlatego, sądzi mowca, należy w statystyce umieścić rubrykę: powód nieznany.

Dr Maciesza wskazuje na różnice rasowe pod względem ślepoty. Ze statystyki wynika, że liczba oślepnięć jest największą u Rosyan, mniejszą u Litwinów, a jeszcze mniejszą u Polaków. Dalej np. żydzi o wiele częściej zapadają na jaskrę, niż chrześcijanie i t. d.

Doc. Bednarski podaje wyniki statystyki w szpitalu św. Zofii we

*) Dokładniejsze daty i szczegóły patrz »Zdrowie« 1907. nr. 7.

Lwowie. Na 1809 dzieci było ociemniałych 43. W liczbie tej 13 z powodu zmian wrodzonych, 10 z powodu zapalenia pryszczykowego, reszta miała za powód zapalenia tryprowe, odrę, zapalenie płuc z przerzutem w oku, urazy i in. Nadto daje projekt, aby w statystyce oddzielnie traktowano oślepnięcie jednego oka i obydwu ócz.

Prof. Machek, odpowiadając Drowi Maciesze, sądzi, że może raczej odgrywają tu rolę czynniki kulturalne, a nie rasowe. Bo już np. w Galicyi zachodniej jest mniej oślepnięć, niż we wschodniej, gdzie, jak wiadomo, poziom kulturalny jest niższy. Choć nie zaprzecza do pewnego stopnia wpływów rasowych. I on też dostrzegł, że jaskra częściej się zdarza u żydów.

R. Dw. Prof. Wicherkiewicz również jest tego zdania, że trzeba uwzględnić czynniki rasowe, istotnie jaskra częściej występuje u żydów. Podobnie rzecz się ma z zapaleniem ropnem woreczka łzowego. Ale obok czynników kulturalnych i rasowych trzeba uwagę zwracać na zasobność, bo i ten wzgląd odgrywa poważną rolę w statystyce oślepnięć.

Dr Ziemiński sądzi, że rolę tu odgrywa istotnie nie rasa, ale kultura i powołuje się na statystykę w Królestwie Polskiem. Co się tyczy częstości jaskry u żydów, to kto wie, czy nie ma tu pewnego znaczenia spostrzeżenie dra Muttermilcha, który zauważył niechęć do noszenia szkieł u żydówek (z silną hypermetropią); może to przyczynia się do powstawania u nich jaskry.

4) Dr Bałłaban (Lwów) »Wartość wstrzykiwań podspojówkowych i ich teorya«.

Przedstawia w zarysie historyę wstrzykiwań podspojówkowych. Wspomina o injekcyach soli kuchennej, sublimatu, jodypiny, jodoformu, pyoktaniny, kollargolu, hetolu, żelazosinku potasu i in. Jak doświadczenia Wesselego stwierdziły, nie dostaje się do wnętrza gałki po tych injekcyach nic zgoła, albo jeśli coś, to chyba w dawkach homeopatycznych. Zastrzykiwania podspojówkowe sprowadzają odczyny zapalne, z naczyń wydostają się w tkankę liczne ciałka białe. I to jest »*punctum saliens*« injekcyi podspojówkowych. W sprawach ostrych zapaleń ocznych są wstrzykiwania podspojówkowe przeciwskazane, zalecane są natomiast w cierpieniach atonicznych przewlekłych. Co się tyczy wyboru płynu, to autor uważa kwestyę tę za rzecz drugorzędnej wagi. W każdym razie nie radzi wstrzykiwać sublimatu, gdyż środek ten działa zbyt drażniąco, a do tych samych, a nawet lepszych wyników prowadzą injekcye soli kuchennej fizyologicznej. Dobre są one w krwotokach, w *ulcus serpens, keratitis parenchymatosa* i in.

Sposób użycia injekcyi: Płyn i strzykawka muszą być sterylizowane, a igła wyżarzona. (Do sterylizacyi przedstawia nie wielki, a praktyczny podręczny aparat własnego pomysłu). Przed injekcyą zapuszcza do worka spojówkowego albo samą kokainę, lub mieszaninę kokainy ze

suprareniną. O ile osoby są wrażliwe, można do wstrzykiwanego płynu dodać akoiny i ilość płynu stopniowo zwiększać. Ilość wstrzykiwań zależy od rodzaju choroby. Przy głębokich chronicznych zmianach na dnie oka radzi autor dokonać 20—30 injekcyi, a po pewnej przerwie seryę tę powtórzyć.

W dyskusyi zabierają głos:

Radca Dworu Prof. Dr Wicherkiewicz zwraca uwagę na pewne nieścisłości historyczne mianowicie, że pierwszym, który wstrzykiwania do okulistyki wprowadził był nie Darier, ale jego szef Abadie, autorem zaś injekcyi *hydrargyri oxycyanati* był Chibret.

Dr Ziemiński sądzi, że wstrzykiwania podspojówkowe przy *ulcus corneae cum hypopyo* nie są lepsze od dioniny.

Dr Koliński spostrzegał pomyślne wyniki po injekcyach *hydrargyri oxycyanati* w rozpaczliwych przypadkach »*ulcus rodens*«. Injekcye sublimatu nie pomagały.

R. Dw. Prof. Wicherkiewicz przytacza jeden przypadek *ulcus rodens* jeszcze podczas swego pobytu w Poznaniu spostrzegany. Leczenie najróżnorodniejsze, nawet i antiluetyczne nie pomogło Chory po kilku miesiącach przerwał kuracyę, by po 2-ch latach zgłosić się z podobną zmianąna oku drugiem. Chory ten silnie zbudowany, bez jakichkolwiek znamion chorób konstytucyjnych, znacznie podupadł ogólnie. Zastosowano dobre odżywienie, a gdy wrzód mimo stanowczego leczenia okrążył środek rogówki, uciekł się mowca do syndesmoplastyki. Wynik zabiegu był dobry. Po kilku miesiącach spojówka, pod którą wrzód się zagoił, cofła się i odsłoniła środek rogówki, który przestał być przezroczystym, oko było ocalone. Injekcye strychniny stosuje mowca również podspojówkowo i chwali je bardzo, albowiem stosowany środek ten w licznych przypadkach nie wywołał nigdy intoksykacyi, która po wstrzykiwaniach skroniowych nie należy przecież do rzadkości.

Dr Markowski radzi przed wstrzykiwaniami podspojówkowemi wprowadzać pod spojówkę celem znieczulenia 1—2 przedziałek Pravatza 5% alypiny.

Dr Ziemiński miał także w swej praktyce przypadek »*ulcus rodens*« ten prawdziwy *crux ophtalmologorum*. Injekcye podspojówkowe soli nie pomogły. Lepszy wynik dała transplantacya spojówki. Na razie wynik był bardzo dobry, ale po 2 latach nastąpiła recydywa, a gdy się i tę udało usunąć, nawrót drugi wystąpił po kilku miesiącach. Sądzi, iż w chorobie tej mają znaczenie nieznane jeszcze czynniki ogólnej natury i że od ich leczenia zawisł wynik pomyślny tych owrzodzeń.

Prof. Machek spostrzegał pomyślne skutki po wstrzykiwaniach podspojówkowych w sprawach chronicznych, ale widział też i złe. Pewna chora cierpiąca na *retino-chorioiditis centralis* czytała przed injekcyami Sn. 2,0. Po wstrzykiwaniach: 0. Po jakimś czasie takasama zmiana

powstała na oku drugiem. Leczona była przeciwkiłowo i sprawa ustąpiła. Dlatego radzi w podobnych wypadkach tę kuracyę przeprowadzać obok diaforezy.

R. Dw. Prof. Wicherkiewicz sądzi, iż w przypadku Prof. Macheka nie należy przypisywać szkodliwego działania injekcyom soli, ale okoliczności, że nie stosowano środków przeciwkiłowych. Nie wstrzykiwanie soli zaszkodziło, ale zaniedbanie swoistych środków.

Prof. Machek zgadza się z tem.

R. Dw. Prof. Wicherkiewicz przestrzega dalej przed injekcyami cukru wedle polecenia Webster Fox'a w przypadkkch *sublatio retinae.* W jednym przez niego leczonym przypadku nastąpił tak silny ogólny zapad, że tylko z trudem udało się chorą doprowadzić do dawnego stanu. Na odczepienie siatkówki zastrzykiwania te zresztą nie miały żadnego wpływu. Dalej przytacza prof. W. przypapek ciężkiej jaglicy spojówki powiekowej leczony podspojówkowymi zastrzykiwaniami sinku rtęci. Dla kontroli przy równym stanie obu ócz leczono prawe oko zwykłym sposobem wzgl. przez wypalania galwanokaustyczne a drugie t. j. lewe oko wyłącznie zastrzykiwaniami. Wynik był na obu oczach prawie równomierny z tą wszakże różnicą, że zabliźnienie na oku lewem było więcej równomierne, powierzchowne jak w przypadkach autosanacyi, gdy na drugiem widoczne były liczne punkcikowate blizenki.

Prelegent na zakończenie odpowiada, że bardzo dobrze da się wytłumaczyć działanie pomyślne injekcyi na *trachoma.* Lecz jest to obojętne jakiego środka do injekcyi używamy, gdyż jak tego doświadczenia Wessely'ego dowiodły z wstrzykiwanych płynów nic się do gałki nie dostaje.

Dr Rosenhauch sądzi przeciwnie, że w przypadku podanym przez Radcę Dworu Prof. Wicherkiewicza należy przypisać dobry wynik wstrzykiwaniom właśnie *hydrargyri oxycyanati.* Bo choć podczas injekcyi nic się do gałki nie dostaje, to jednak płyn ten pozostaje w bezpośredniej styczności z granulacyami i może przeto na sprawę tę specyficznie oddziaływać.

R. Dw. Prof. Wicherkiewicz potwierdza to zapatrywanie i dodaje, że nawet homeopatyczne dawki mogą niejednokrotnie korzystnie wpływać na sprawy chorobowe, a opierając się właśnie na doświadczeniach przez okulistów zrobionych, polecił prof. Bouchard na kongresie w Kairze zastrzykiwanie podskórne środków swoistych w małych dawkach przeciw chorobom ogólnym np. przeciw gośćcowi.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Dr Adam Langie.

Nieubłagana śmierć silnie przerzedza w ostatnich czasach szeregi polskich okulistów. Rymowicz, Cywiński, Józef Talko, Strzemiński, Gałęzowski, Ettinger, oto lista niedawno zmarłych, do której dziś przychodzi nam dodać przedwczesny zgon Adama Langiego. Urodzony w r. 1864, pobierał nauki w Krakowie i tu odbywał studya medyczne. Uzyskawszy w r. 1886 dyplom lekarski wstąpił najpierw do kliniki chirurgicznej prof. Rydygiera i jako elew tej kliniki ogłosił pierwszą swą pracę »O wilku pierwotnym krtani« (1890). Następnie został asystentem krakowskiej kliniki okulistycznej, gdzie pracował pod znakomitym kierunkiem ś. p. prof. Rydla. Dla uzupełnienia specyalnych studyów spędził czas jakiś w Paryżu, pracując w klinice Gałęzowskiego, poczem osiadł w Krakowie i tu wyrobił sobie wkrótce rozległą praktykę okulistyczną. W czasie swej asystentury i w latach następnych ogłosił szereg prac z zakresu okulistyki, z których najważniejsze: »O wstrzykiwaniach podspojówkowych sublimatu« (1894), »O drżeniu oczu (nystagmus)« (1895), »Kilka uwag o szwie rogówkowym przy operacyi zaćmy« (1896), »O tatuacyi plam rogówkowych w celu optycznym (tosamo po niemiecku i po francuzku, 1897), »Un cas de traumatisme grave de l'oeil« (Recueil d'Opht. 1898), »Przyczynek do etyologii miąższowego zapalenia rogówki« (1889), »Nowy przyrząd do oznaczania astygmatyzmu« (tosamo po niemiecku 1899), »O wartości protargolu w okulistyce« (1899). Prócz tego ogłosił ś. p. Langie cały szereg prac i artykułów popularnych z zakresu hygieny. Z tych najważniejsze: »Popularna hygiena wzroku« (1903), »Hygiena wzroku w okresie szkolnym« (1903), »Szlakami cholery« (1905), »Hygiena, a nasze społeczeństwo« (1906), wreszcie niedawno przełożył z niemieckiego »Hygienę oka« Sicherera, 1907. W ostatnich latach zwracał się ze szczególnem upodobaniem do tematów z historyi medycyny. Tu należą interesujące rozprawki: »Z dziejów medycyny w państwie mikada« (1904), »Z powodu jubileuszowego wyd. Teoryi jestestw organicznych« (1905), »Rozwój medycyny francuzkiej w ubiegłem stuleciu« (1905), »O kąpielach w starożytności« (1905), »Zaranie lekarskiego zawodu« (1905), Z dziejów czarnej medycyny« (1906), »Słów kilka o kobietach lekarkach« (1907). Już powyższa lista prac dowodzi, jak płodnym, pracowitym i wszechstronnym pisarzem był ś. p. Langie, a dodać trzeba, że posiadał niezwykłą łatwość pióra i prawdziwe zacięcie literackie

i satyryczne, o którem świadczy np. zbiorek szkiców obyczajowych p. t. »Z doświadczeń i spostrzeżeń lekarza« (1904), poświęcony ś. p. prof. Jordanowi. Prócz wymienionych wyszło z pod pióra ś. p. Langiego całe mnóstwo okolicznościowych, ulotnych artykułów w prasie lekarskiej i codziennej.

Na prawdziwą wdzięczność kolegów zasłużył sobie ś. p. Langie tem, że włożył wiele energii i pracy w doniosłe dzieło materyalnej organizacyi naszego stanu lekarskiego. Był on jednym z twórców i inicyatorów »Samopomocy«, której celom do ostatka służył dzielnie czynem, słowem i piórem. Ś. p. Jordan był głową i duszą tego towarzystwa, a dr Langie był w tem dziele jego prawą ręką, to też śmierć obu ciężką jest dla »Samopomocy« stratą. Za rozprawę p. t. »Położenie materyalne lekarzy praktyków w miastach« otrzymał ś. p. Langie nagrodę na konkursie literackim »Głosu lekarzy« (1904). W dowód zaufania i uznania położonych zasług wybrali go koledzy do Izby lekarskiej zach. galicyjskiej, w której do śmierci piastował urząd sekretarza. Między innemi wypracował on dla wydziału tej Izby na zeszłoroczny wiec Izb w Krakowie referat w sprawie funduszu pensyjnego dla lekarzy.

To krótkie zestawienie naukowej, literackiej i społecznej działalności zmarłego kolegi dowodzi, że choć żył zbyt krótko, ale pożyteczną pracą życie wypełnił. Chociaż się mało udzielał i raczej był zamkniętym w sobie, cieszył się jednak powszechną sympatyą dla wypróbowanej prawości charakteru, dla gorącego zajęcia się dolą ogółu lekarzy i dla sumiennego spełniania obowiązków na zajmowanych przez siebie stanowiskach. Cześć jego pamięci!

K. W. Majewski.

W ostatniej chwili dowiadujemy się, że znany okulista duński Prof. Hansen Grut umarł w Kopenhadze w 74 roku życia.